Membres de la Communauté des établissements du Sud de l'Eure

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Ce questionnaire est destiné à recueillir votre appréciation au terme de votre hospitalisation, en vue d'améliorer la qualité de notre accueil et des prises en charge.

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous y porterez.

Nom (facultatif) : …… **Date** …….

SERVICE D'HOSPITALISATION

☐ Unité de soins de courte durée (Service des urgences)

☐ Médecine

☐ Soins de Suite et de Réadaptation

Admission programmée : ☐ oui ☐ non

VOTRE ARRIVEE

L'accessibilité	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'accès au Centre Hospitalier (locaux, parking)				
L'accès au service				

La prise en charge administrative (accueil clientèle – hall principal)	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné(e)
L'accueil du personnel administratif					
Le délai d'attente à l'accueil clientèle					
Les conditions d'attente					
Les informations administratives délivrées					
Le respect de la confidentialité des informations échangées					

Les locaux	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'hygiène des locaux				

Commentaires et suggestions :

……

……

……

.

VOTRE PRISE EN CHARGE

Le personnel soignant (cadre, infirmiers, aides-soignants,…)	**Très satisfait**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Insatisfait**
L'identification du personnel				
L'accueil et la courtoisie				
La disponibilité				
La prise en charge				

Le personnel médical (médecins)	**Très satisfait**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Insatisfait**
L'identification du personnel				
L'accueil et la courtoisie				
La disponibilité				
La prise en charge				

Le personnel non soignant (secrétaires, personnels techniques et logistiques…)	**Très satisfait**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Insatisfait**
L'identification du personnel				
L'accueil et la courtoisie				

Les relations avec le personnel	**Très satisfait**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Insatisfait**	**Non concerné(e)**
L'accueil de vos proches					

Le respect de votre intimité / votre dignité	**Très satisfait**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Insatisfait**

Le respect de la confidentialité des informations administratives et médicales vous concernant	**Très satisfait**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Insatisfait**

Informations fournies sur votre état de santé, les soins, traitements, les effets indésirables des examens et traitements par	**Très satisfait**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Insatisfait**
Le personnel soignant				
Le personnel médecin				

J'ai été impliqué autant que je le souhaitais pour participer aux décisions concernant mes soins et mes traitements ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

Commentaires et suggestions :

……

……

……

……

……

……

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Votre douleur a-t-elle été évaluée ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

La prise en charge de votre douleur	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné(e)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous bénéficié d'examen(s) (radio, scanner, échographie …) ☐ Oui ☐ Non **Si oui,**

La prise en charge lors de l'examen	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné(e)
Le transport interne					
L'information par le personnel du service sur la nature de l'examen					
L'information par le personnel du service en cas de retard de l'examen					
L'accueil et la courtoisie de la secrétaire					
L'accueil et la courtoisie du manipulateur en radiologie					
L'accueil et la courtoisie du médecin radiologue					
L'explication sur la préparation et le déroulement de l'examen					
La qualité des informations transmises en radiologie					

Commentaires et suggestions :

……

……

LES PRESTATIONS HOTELIERES

Votre chambre	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné(e)
La propreté					
Le confort					
La télévision					
Le téléphone					
Le linge					

Les repas	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné(e)
La qualité					
La quantité					
L'aide apportée aux repas					
Le respect du régime					

Commentaires et suggestions :

……

……

SORTIE

Informations fournies sur votre sortie et suivi éventuel par	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné(e)
- La secrétaire médicale					
- Le personnel soignant					
- Le personnel médecin					

APPRECIATION GLOBALE

Quelle est votre opinion générale sur votre prise en charge au sein du service ?	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait

Commentaires et suggestions :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Vos remarques seront utiles à l'amélioration de nos services.

Vous pouvez le remettre à votre sortie au personnel du service ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet (hall principal ou hall des urgences).

Vous pouvez également l'adresser par courrier à :

Bureau qualité et Gestion des risques
Centre Hospitalier de Verneuil d'Avre et d'Iton
101 Boulevard des poissonniers - CS 20711
27137 VERNEUIL D'AVRE ET D'ITON Cedex

Pour de plus amples informations sur les établissements de la Communauté Sud Eure et suivre notre actualité, vous pouvez consulter notre site internet :
www.vbr-sudeure.fr