



Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer, il est essentiel que vous nous fassiez part de votre appréciation au terme de ce séjour dans notre hôpital. Vous nous aiderez grandement à améliorer le service de qualité que nous voulons offrir à tous nos patients. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet.

En vous remerciant d'avance pour votre contribution,

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par :  le/la patient(e)     un accompagnant du patient     les deux ensemble
- Votre âge (patient/e) :    ans    Votre sexe :  féminin     masculin    Votre code postal :
- Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée)?  Oui     Non
  - Si non, êtes-vous passé(e) par le service des urgences ?  Oui     Non
- Après les formalités d'admission lors de votre arrivée, avez-vous obtenu rapidement votre chambre ?  Oui     Non  
Combien de temps avez-vous dû attendre ?  entre 0 et 30 min     entre 30 min et 1h     plus d'1h
- Vous avez séjourné dans une chambre à  1 lit     2 lits ou +  
Etait-ce le type de chambre demandé ?  Oui     Non
- Quel est le numéro de votre unité de soins ?    ou le nom du service :
- Avez-vous changé de service au cours de votre hospitalisation (excepté le service des urgences) ?  Oui     Non
- Est-ce votre première hospitalisation dans notre hôpital ?  Oui     Non
  - Si non, était-ce dans le même service ?  Oui     Non
- Pourquoi avez-vous choisi notre hôpital pour cette hospitalisation? (Vous pouvez donner **plusieurs réponses**)
 

<input type="checkbox"/> Conseil de votre médecin traitant	<input type="checkbox"/> Confiance dans la qualité des soins offerts
<input type="checkbox"/> Réputation de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Consultation réalisée dans l'hôpital
<input type="checkbox"/> Proximité de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil d'un médecin spécialiste extérieur
<input type="checkbox"/> Réputation d'un médecin spécialiste de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Réputation d'un service de l'hôpital
<input type="checkbox"/> Hospitalisation antérieure satisfaisante	<input type="checkbox"/> Par habitude
<input type="checkbox"/> Conseil d'un proche	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas choisi
<input type="checkbox"/> Par facilités financières (mutualités, assurances, modalités de paiement...)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :..... .....
- Avez-vous été opéré(e) au cours de ce séjour (intervention chirurgicale) ?  Oui     Non
  - Si oui, cette opération était-elle planifiée avant votre admission à l'hôpital ?  Oui     Non
  - Si oui, avez-vous rencontré le chirurgien avant l'opération ?  Oui     Non
  - Si oui, avez-vous rencontré l'anesthésiste avant l'opération ?  Oui     Non
- Quelle aura été la durée totale de cette hospitalisation ? environ    jour(s)
- Dans l'heure suivant votre installation en chambre, avez-vous rencontré une infirmière du service ?  Oui     Non
- Avez-vous rencontré l'infirmier(e) chef dans les 24h suivant le début de votre hospitalisation?  Oui     Non     Ne sais pas
- Avez-vous rencontré un médecin dans les 24h suivant le début de votre hospitalisation ?  Oui     Non
  - Si oui, était-ce :  le médecin qui a assuré votre suivi     un autre médecin     un assistant     ne sais pas
- Avez-vous rencontré le service social pendant votre hospitalisation ?  Oui     Non
- Au cours de votre hospitalisation étiez-vous en situation de mobilité réduite ?  Oui     Non





	Pas du tout d'accord ☹				Tout à fait d'accord ☺	Non Concerné
Je me sens en sécurité à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai apprécié la discrétion du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens respecté(e) dans mon intimité et ma pudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression que les différents professionnels collaborent entre eux pour le bon suivi de ma prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les différents professionnels m'ont apporté une information cohérente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai bénéficié d'une prise en charge globale de mes problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai reçu les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (conseils, prescriptions, poursuite du traitement, aide sociale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma sortie de l'hôpital est bien organisée par le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- De manière générale, comment jugez-vous **la qualité du service** (unité de soins) dans lequel vous avez séjourné?
  - Très mauvaise ☹
  - Mauvaise
  - Neutre
  - Bonne
  - Très bonne ☺
- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre séjour** dans notre hôpital ?
  - Très insatisfait(e) ☹
  - Insatisfait(e)
  - Neutre
  - Satisfait(e)
  - Très satisfait(e) ☺
- Si vous deviez à **nouveau** être hospitalisé(e) ou passer un examen, choisiriez-vous notre hôpital?
  - Certainement pas ☹
  - Probablement pas
  - Neutre
  - Probablement
  - Certainement ☺

Avez-vous des remarques, des observations, positives ou négatives, concernant votre séjour à l'hôpital ou des suggestions sur ce qui pourrait être fait pour améliorer le séjour des patients dans cette institution?

.....

.....

.....

- Avez-vous eu de la visite (famille, proches,...) pendant votre séjour ?  Peu  Assez  Trop
- Avez-vous lu la brochure d'accueil de l'hôpital ?  Oui  Non  Pas reçue
  - Si oui, y avez-vous trouvé les réponses à vos questions ?  Oui  Non
- Avez-vous consulté le site Internet de l'hôpital ?  Oui  Non
  - Si oui, y avez-vous trouvé les réponses à vos questions ?  Oui  Non
- Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées :

Nom :  Prénom :

Adresse :  Code postal :

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire !