



# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

Nous vous remercions de nous donner votre opinion en remplissant ce questionnaire. Vos réflexions et commentaires contribueront à améliorer la qualité de l'offre de soins.



Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :



## Service fréquenté

- Chirurgie semaine 1er       Médecine 3ème       Soins de suite et de réadaptation 5ème  
 Chirurgie 2ème       Médecine 4ème       Unité de soins de longue durée (USLD)

## Votre hospitalisation était, le cas échéant,

- Programmée       En urgence       Suite à un transfert d'un autre établissement

## Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 20 ans    De 20 à 39 ans    De 40 à 59 ans    De 60 à 74 ans    De 75 à 84 ans    85 ans et plus

## Date d'entrée d'hospitalisation

□□ / □□ / □□□□

## Durée de votre séjour

- Moins de 24h    De 1 à 2 jours    De 3 à 7 jours    De 8 à 15 jours    De 16 à 30 jours    Plus de 30 jours

## Questionnaire rempli par

- Patient(e)       Famille/Personne de confiance       Personnel du service

## ACCUEIL

### Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?

- Oui       Non

### Qu'avez-vous pensé des informations contenues dans ce livret ?

- Inutiles       Utiles       Incomplètes       Incompréhensibles       Je ne l'ai pas lu

### Que diriez-vous de...

	Très mauvais	Mauvais	Bon	Très bon
Qualité de l'accueil lors de vos formalités administratives ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délai d'attente lors de votre enregistrement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clarté des informations reçues à ce moment ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapidité de la prise en charge par le service de soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SERVICE HOTELIER

### Qu'avez-vous pensé de...

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Assez satisfait	Très satisfait
Propreté de la chambre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confort de la chambre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calme de la chambre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité des repas ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantité des repas ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SOINS ET RELATIONS

### Qu'avez-vous pensé de...

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Assez satisfait	Très satisfait
Qualité de l'accueil dans le service de soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations avec le personnel de l'unité (amabilité, disponibilité, écoute) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations avec les autres personnels (radiologie, bloc opératoire, brancardier) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect de votre intimité et de votre dignité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect de la confidentialité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation de votre douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délai de prise en charge de la douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efficacité du traitement contre la douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## INFORMATION DONNEE

### Avez-vous pu...

	Oui	Non
Identifier les personnels du service de soins (médecins, infirmiers(res), aide(s)-soignants(es)...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtenir des informations médicales claires sur votre état de santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtenir des réponses à vos questions en cas de besoin d'informations complémentaires ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Avez-vous été satisfait des informations données concernant...

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Assez satisfait	Très satisfait
Les traitements médicamenteux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leurs effets indésirables possibles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les examens pratiqués ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intervention chirurgicale réalisée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les éventuels risques encourus ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous participé aux décisions concernant vos soins, votre traitement ?			<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

### Qu'avez-vous pensé de...

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Assez satisfait	Très satisfait
L'organisation de votre sortie (formalités, horaires, transport...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des informations concernant le traitement médicamenteux, les précautions à prendre et les soins à pratiquer après votre sortie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De l'information sur les éventuels signes et complications possibles liés à votre cas et devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin traitant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SATISFACTION GLOBALE

### Au moment de quitter l' hôpital, votre impression est dans l'ensemble

Très mauvaise       Mauvaise       Bonne       Très bonne

**Recommanderiez-vous cet hôpital ?**       Oui       Non

### Pourquoi ?

Si vous le désirez, vous pouvez préciser vos nom/prénom, adresse postale ou courriel afin de nous permettre, le cas échéant, de répondre à vos commentaires : .....

Le questionnaire complété est à remettre au personnel du service, à l'accueil ou à retourner par mail ([secretariat.direction@ch-menton.fr](mailto:secretariat.direction@ch-menton.fr)) ou par courrier (Centre Hospitalier "La Palmosa" - 2 avenue Antoine Pégliion - BP 189 - 06507 MENTON Cedex).