

Votre avis nous intéresse

Ceci est un questionnaire de sortie dont le but est de recueillir vos appréciations et/ou celles de vos proches à l'issue de votre séjour au Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit.

Votre opinion nous est précieuse et permettra d'améliorer la qualité des prestations.

Date d'hospitalisation (mois/année) : _____



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Insatisfait

L'ACCUEIL

- Au bureau des admissions
- Dans le service
- De votre entourage

L'INFORMATION PAR LES PROFESSIONNELS

- Sur les conditions et le déroulement de votre séjour (livret d'accueil, prise en charge...)
- Sur votre état de santé et son évolution
- Sur votre traitement
- Sur les modalités de votre sortie, sa préparation
- Sur la continuité des soins et votre suivi
- Transmise à votre entourage concernant les conditions de votre séjour

LES PRESTATIONS DES SERVICES SUIVANTS

- Coiffure
- Animation
- Bibliothèque



LES SOINS

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Insatisfait

- La prise en charge médicale
- La prise en charge soignante (IDE, AS)
- La prise en charge de votre douleur
- Le respect de votre intimité, de votre dignité
- L'écoute / la disponibilité des professionnels
- Le respect de confidentialité des informations vous concernant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS SPECIFIQUES

Si vous avez eu besoin, êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge :

- Par l'équipe de rééducation
- Par les assistantes sociales
- Par les psychologues
- Par la diététicienne

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'HOTELLERIE

- La propreté générale de l'hôpital
- La propreté des chambres
- Le confort des chambres
- Les repas
- La télévision
- La connexion Internet
- Le téléphone
- La propreté du linge

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'appréciation générale de votre séjour : sur une échelle de 0 à 10 quelle note globale donneriez-vous à votre séjour ?/ 10

OBSERVATIONS / SUGGESTIONS / POINTS FORTS / POINTS FAIBLES

Merci de votre participation.

Nous vous invitons à le remettre à un membre de l'équipe soignante avant de quitter votre service d'hospitalisation, ou bien de le déposer dans la boîte à lettre du service située à la salle à manger.

Renseignements facultatifs

Nom : _____ Prénom : _____