

**1 - Date (mois)**

- Janvier    Mars    Mai    Juillet    Septembre    Novembre  
 Février    Avril    Juin    Août    Octobre    Décembre

**2 - Sexe**

- Femme    Homme

**3 - Service**

- Médecine 1    Court séjour gériatrique    Chirurgie traumatolo-ortho    Réanimation  
 Médecine 2    Chirurgie générale    Gynéco-obstétrique    Cardiologie  
 Médecine 3    Gastro-entérologie    Pédiatrie    Pneumologie  
 Oncologie    Chirurgie Ambulatoire    SSR locomoteur    Urgences / UHCD  
 HPDD médecine    Endoscopie Ambulatoire    SSR neuro-gériatrique

**QUALITE DE L'ACCUEIL** -----

Etes-vous satisfait des délais d'attente, pour vous-même ou votre enfant ?

**4 - aux Consultations**

- oui    non  
 non concerné

**5 - aux Urgences**

- oui    non  
 non concerné

**6 - au Bureau des entrées**

- oui    non  
 non concerné

**INFORMATIONS ET PRISE EN CHARGE** -----

Etes-vous satisfait des informations données par le médecin, pour vous-même ou votre enfant ?

**7 - sur votre état de santé**

- oui    non

**8 - sur le déroulement de vos examens et traitement**

- oui    non

**9 - les réponses apportées à vos questions**

- oui    non

**10 - Etes-vous satisfait de la qualité de la prise en charge par l'équipe soignante ?**

- oui    non

**11 - Etes-vous satisfait des informations données sur votre traitement (ou celui de votre enfant) par les infirmiers(ères) ?**

- oui    non

Etes-vous satisfait des informations contenues dans les documents à votre disposition ?

**12 - Livret d'accueil**

- oui    non

**13 - Téléviseur / TMM**

- oui    non

**14 - Personne de confiance**

- oui    non

**15 - Directives anticipées**

- oui    non

**16 - Etes-vous satisfait des informations données sur l'organisation de votre sortie, ou celle de votre enfant (courrier du médecin, ordonnance, ...) ?**

- oui    non

**17 - Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur ?**

- oui    non

Considérez-vous que les professionnels ont respecté tout au long de votre séjour ?

**18 - Votre intimité (chemise, drap, couverture, paravent)**

- oui    non

**19 - Votre dignité**

- oui    non

**20 - La confidentialité de vos échanges**

- oui    non

**TRANSPORT** -----

Etes-vous satisfait de vos déplacements, internes et externes, dans l'établissement ?

**21 - Délais d'attente**

- oui    non

**22 - Confort du transport**

- oui    non

**23 - Professionnalisme des brancardiers**

- oui    non

**CONFORT HOTELIER** -----

Etes-vous satisfait de la prestation hôtelière ?

**24 - Confort de la chambre**

- oui    non

**25 - Propreté de la chambre**

- oui    non

**26 - Accessibilité personnes handicapées**

- oui    non

**27 - La présentation du plateau repas**

- oui    non

**28 - La quantité de nourriture**

- oui    non

**29 - La diversité des menus**

- oui    non

**30 - Globalement, de votre séjour, diriez-vous que vous êtes, pour vous même ou votre enfant ?**

- très satisfait    satisfait    peu satisfait    pas du tout satisfait

**31 - En cas de besoin, conseilleriez-vous l'hôpital à un proche pour lui-même ou son enfant ?**

- oui    non    ne sais pas



***Pour améliorer notre fonctionnement, si vous avez d'éventuelles remarques ou suggestions, nous les examinerons avec attention :***