

Madame, Monsieur

Nous espérons que votre séjour au Centre Hospitalier vous a donné satisfaction. Toujours soucieux d'améliorer la qualité de nos prestations, nous vous serions reconnaissants de nous accorder quelques minutes en répondant à ce questionnaire.

QGDR-FE-QS-01-00

Nom/Prénom _____
(facultatif)

Année 2020 2021 2022 2023

Service d'hospitalisation

- Chirurgie ambulatoire Chirurgie polyvalente Médecine 2
 Médecine 3 Pédiatrie Gynéco-obstétrique Maternité
 SSR Psychiatrie Chercherelle Psychiatrie Le Hallier

ACCUEIL ET SIGNALISATION

- Que diriez-vous:

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Non concerné
De la signalisation à l'extérieur du centre hospitalier (panneau d'orientation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la signalisation à l'intérieur de votre service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil au bureau des admissions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil au service des urgences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil dans votre service d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil au bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil dans le service d'imagerie médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant le livret d'accueil :					
a-t-il été mis à votre disposition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous a-t-on présenté son utilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Que diriez-vous des informations fournies

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Non concerné
sur l'existence des représentants des usagers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur la possibilité de désigner une personne de confiance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur la possibilité de rédiger les directives anticipées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur la possibilité d'accéder à votre dossier médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur les formalités administratives à effectuer pendant le séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

- Que diriez-vous

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Non concerné
sur les informations fournies sur les soins dispensés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur les informations fournies sur votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur la disponibilité du médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur la qualité de la prise en charge par le médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur la qualité des soins dispensés par le personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur l'aide apportée pour les activités de la vie courante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre dignité et intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de la confidentialité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de vos croyances et/ou de vos convictions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Lutte contre la douleur	Oui	Non	Non concerné
Si vous avez eu mal pendant votre hospitalisation, l'avez-vous signalé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre douleur a-t-elle été mesurée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le traitement proposé a-t-il été efficace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RELATIONNEL AVEC LE PERSONNEL

- Etes vous satisfait de vos relations avec le personnel de l'hôpital ?	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Avec le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les autres intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES CONDITIONS DE SEJOUR

- Vos repas, êtes vous satisfait:

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Non concerné
de la qualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la quantité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des horaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la variété des menus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos repas, ont-ils été adaptés à vos contraintes médicales? Oui Non

- Votre chambre, êtes-vous satisfait:

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Non concerné
du confort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la propreté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'état et de la propreté du linge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du calme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES CONDITIONS DE SORTIE

- L'organisation de votre sortie vous a t-elle parue ?

Très satisfaisante Assez satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

- Que diriez-vous des informations fournies:

	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Non concerné
sur les médicaments que vous devez prendre après la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur la reprise de vos activités après la sortie (travail, sport, activités habituelles ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur les signes ou complications devant vous amenez à recontacter l'hôpital après votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SATISFACTION DE MANIERE GENERALE

- Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre séjour à l'hôpital?

Très satisfaisant Assez satisfaisant
 Peu satisfaisant Non satisfaisant

- Recommanderiez-vous le Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay à votre entourage ?
 Oui
 Peut-être
 Non

- Avez-vous des suggestions/remarques suite à votre séjour au Centre Hospitalier ?
