

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez été reçu(e) au Centre Hospitalier de GAILLAC, dans le service de

Nous vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire remis lors de votre entrée par le cadre de santé du service.

Vos réponses qui peuvent être anonymes nous seront précieuses. La direction a en effet le souci constant d'améliorer les prestations proposées aux patients. Vos remarques et suggestions à ce titre nous intéressent.

Soyez rassuré(e) que nous en tiendrons compte.

Le questionnaire peut être déposé dans le service où vous avez été hospitalisé(e).

Vous pouvez aussi le déposer au bureau des admissions ou dans le hall d'accueil à l'hôtesse.

D'avance nous vous en remercions.

Pour chaque question, notez votre choix en cochant la case correspondante.

ACCUEIL :

⇒ Au bureau des admissions

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - J'ai été accueilli(e) aimablement | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Les formalités ont été rapides | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

⇒ Dans le service

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Le personnel s'est présenté | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Votre identité a été vérifiée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Votre chambre était prête | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Votre chambre vous a été présentée | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Vous avez été aidé(e) à vous installer dans votre chambre | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Vous avez été informé(e) sur le fonctionnement du service | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Le livret d'accueil vous a été lu et commenté | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

QUALITE DE SOINS – RELATION AVEC LE PERSONNEL :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Le médecin m'a bien informé(e) : | | |
| • de mon état de santé | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • de mon traitement | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - J'ai trouvé le médecin disponible et attentif | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - J'ai trouvé le personnel de soins disponible (Infirmières, psychologue, kinésithérapeutes, aide-soignants ...) | | |
| • le jour | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • la nuit | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - J'ai été correctement informé(e) sur le déroulement des soins et des examens par le personnel de soins | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------------|------------------------------|

SEJOUR :

⇒ **La chambre**

- La chambre est calme Oui Non
- La chambre est propre Oui Non

⇒ **Les sanitaires**

- Les sanitaires sont propres Oui Non
- Les sanitaires sont facilement accessibles Oui Non

⇒ **Les repas**

- Je suis satisfait(e) :
 - de la qualité des repas Oui Non
 - de la variété des menus Oui Non
 - de la qualité du service Oui Non
- Les repas sont servis à la bonne température Oui Non

⇒ **Les prestations**

- Je suis satisfait(e) des prestations suivantes :
 - de la télévision Oui Non
 - du téléphone Oui Non
 - de l'animation culturelle Oui Non

SORTIES :

- Ma sortie a été correctement préparée :
 - sur le plan médical (certificats, ordonnances) Oui Non
 - sur le plan administratif Oui Non
 - sur le plan familial Oui Non



Avez-vous des critiques ou des compliments particuliers à nous adresser, des suggestions à nous présenter ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Vos nom et prénom (facultatif)

Votre adresse :

Votre âge : Date :