

CODE UF

Madame, Mademoiselle, Monsieur,
Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire
en cochant, pour chaque question, la case correspondant à votre choix

Date de votre entrée : Mois..... Année.....

Sur les points suivants, mon appréciation est :

ACCUEIL

	Non concerné	Très mauvaise	Plutôt mauvaise	Plutôt bonne	Très bonne
Amabilité du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délais d'attente (urgences, bloc opératoire, consultations, examens....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soin apporté à mes affaires personnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information donnée à ma famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Signalisation dans l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUALITE DES SOINS

	Non concerné	Très mauvaise	Plutôt mauvaise	Plutôt bonne	Très bonne
Soins dispensés (médecins, infirmières, autres personnels...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informations sur mon état de santé, mon traitement, les examens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souci de soulager ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide apportée pour la toilette, le lever, les déplacements, mes repas...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect de mon intimité et de mes croyances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge par brancardier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le livret d'accueil m'a été remis dès mon arrivée

J'ai pu donner mon accord pour les soins proposés

HOTELLERIE

	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Très mauvaise	Plutôt mauvaise	Plutôt bonne	Très Bonne
Confort et propreté de la chambre			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité, quantité et horaire des repas			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SORTIE

	Non concerné <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Non concerné	Très mauvaise	Plutôt mauvaise	Plutôt bonne	Très bonne
Organisation de ma sortie (informations, prise en compte de mes souhaits et besoin d'aide...)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rencontre avec l'assistante sociale			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTRES PRESTATIONS

	Non concerné	Très mauvaise	Plutôt mauvaise	Plutôt bonne	Très bonne
Téléphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès aux handicapés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestations accompagnant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mon appréciation d'ensemble à l'issue du séjour est :

Très mauvaise Plutôt Mauvaise Plutôt bonne Très bonne

Vos remarques et suggestions :
(Votre nom facultatif)



A L'ATTENTION

DU DIRECTEUR ADJOINT
CHARGE DE LA QUALITE
ET DE L'INFORMATION

**N'OUBLIEZ PAS DE REMETTRE CE QUESTIONNAIRE
AU PERSONNEL DU SERVICE AVANT VOTRE DEPART**