



Centre Hospitalier  
Victor Dupouy  
Argenteuil

## CE QUESTIONNAIRE EST DESTINÉ A NOUS AIDER À AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VOTRE SÉJOUR

**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 sortie : ..... Nom du service d'hospitalisation : .....

**Sur les points suivants, mon appréciation est :**

### ACCUEIL

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

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

Non  Oui

### QUALITÉ DES SOINS

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

J'ai pu donner mon accord pour les soins proposés

Non  Oui

### HÔTELLERIE

	Très mauvaise	Plutôt mauvaise	Plutôt bonne	Très bonne
Confort et propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité, quantité et horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SORTIE

	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencontre avec l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AUTRES PRESTATIONS

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

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

	Très mauvaise	Plutôt mauvaise	Plutôt bonne	Très bonne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos remarques et suggestions :  
(Votre nom facultatif)



Centre Hospitalier  
Victor Dupouy  
Argenteuil

**À L'ATTENTION**

**DU SERVICE QUALITÉ  
GESTION DES RISQUES**

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