

Médecine

Vous venez d'être hospitalisé au centre hospitalier de Crest. Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Avant votre départ, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer l'accueil, la qualité des services et des soins que nous dispensons.

Lors de votre sortie, nous vous remercions de remettre ce questionnaire au cadre de santé du service ou de le déposer dans l'une des boîtes aux lettres prévues à cet effet (hall d'entrée au bureau des admissions & en haut des escaliers, menant au service des d'hospitalisation). Vous pouvez également l'adresser par la poste à l'attention du Responsable Assurance Qualité de notre établissement.

Après votre séjour à l'hôpital de Crest, vous pouvez également donner votre avis à l'aide d'un questionnaire de satisfaction sécurisé, nommé **e-satis**. Celui-ci vous sera envoyé 2 semaines après votre sortie. Les réponses sont recueillies et compilées de manière anonyme. Si vous êtes d'accord, merci de nous indiquer votre adresse mail ou celle d'un proche :

_____@_____

VEUILLEZ UTILISER LA NOTATION SUIVANTE :



Très satisfait



Satisfait



Insatisfait



Très insatisfait

01. Quelle personne a rempli le questionnaire ? Le patient Un proche Un professionnel de l'hôpital



Votre accueil dans les différents services

Quelle est votre impression concernant le personnel :

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| 02. Au bureau des admissions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. Aux urgences ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. Dans le service d'hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | OUI | NON | NC |
| 05. Vous-a-ton remis le livret d'accueil ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. Si oui, avez-vous trouvé les informations utiles et claires ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07. Le médecin responsable de votre prise en charge s'est-il présenté ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08. Le personnel soignant (infirmières, aides-soignantes) s'est-il présenté ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Durant votre séjour

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| 09. L'information reçue sur votre état de santé et/ou intervention a été : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Le nombre de visite du médecin vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. La disponibilité du personnel soignant (écoute, explications,...) vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vos valeurs culturelles (alimentation, religion,...) ont été respectées de manière : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Le délai de réponse à la sonnette vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | OUI | NON | NC |
| 15. Votre identité a-t-elle été vérifiée par les différents professionnels au sein du service ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Votre douleur a-t-elle été prise en charge tout au long du séjour ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui :

17. La rapidité avec laquelle le traitement contre la douleur a été délivré vous a semblé :
18. L'efficacité du traitement contre la douleur vous a semblé :



En ce qui concerne les examens complémentaires (radios, traitements lourds,...) avez-vous :

19. Été prévenu(e) à l'avance ? OUI NON NC
20. Été informé(e) du motif et/ou du déroulement de l'acte ?
21. Donné votre accord ?
22. Été informé(e) des résultats ?



23. Ces examens se sont déroulés de manière :

En cas d'insatisfaction préciser le motif :



Hôtellerie restauration

Dans votre chambre, vous avez trouvé :

24. Le mobilier (fauteuil, lit,...)
25. L'hygiène
26. Le bruit



Au niveau de la restauration, qu'avez-vous pensé de :

27. La qualité des repas
28. Avez-vous suivi un régime ? OUI NON NC



Autres remarques :



Votre départ

29. L'organisation de votre sortie était-elle satisfaisante ?



Vous pouvez nous faire part de vos remarques/suggestions :