

Soins palliatifs

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 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. Qui a complété le questionnaire ?

Le patient Un proche Un professionnel de l'hôpital



Votre arrivée

02. Vous-a-t'on remis le livret d'accueil ?

OUI NON NC

03. Si oui, avez-vous trouvé les informations utiles et claires ?

04. Le médecin responsable de votre prise en charge s'est-il présenté ?

05. Le personnel soignant (infirmier(e)s, aides-soignant(e)s) s'est-il présenté ?



Durant votre séjour



Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

06. L'information reçue sur votre prise en charge :

07. La disponibilité du personnel soignant (écoute, explications,...) :

08. Le respect de vos valeurs culturelles (alimentation, religion,...) :

09. La confidentialité sur votre état de santé :

10. Le délai de réponse à la sonnette :

11. Votre identité a-t-elle été vérifiée par les différents professionnels au sein du service ?

OUI NON NC

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

12. La prise en charge de la douleur :



13. La prise en charge de l'hygiène corporelle :

14. La prise en charge médicale :

15. La prise en charge psychologique :

16. Les soins de confort :



Hôtellerie - Restauration - Accompagnement



Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Le mobilier (fauteuil, lit,...) de la chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. L'hygiène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Le bruit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Le salon des familles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. La terrasse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. La qualité des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. La disponibilité des bénévoles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Le rythme de passage des bénévoles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Le soutien apportés par les bénévoles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Les aumônières de l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vous pouvez nous faire part de vos remarques/suggestions :