

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être pris en charge dans notre établissement, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire de satisfaction afin de nous permettre de mieux répondre à vos attentes. Vous pouvez le déposer dans la(les) boîte(s) identifiée(s) à cet effet dans le hall d'accueil ou dans le service de soins, afin de respecter la confidentialité des informations recueillies.

Votre nom et prénom (facultatifs) : Chambre

Date :/...../.....

Votre service d'hospitalisation : Médecine Chirurgie Réanimation USC





Pour chaque question, nous vous proposons quatre niveaux de réponses, cochez celui qui correspond à votre choix :

 : Très satisfait  : Satisfait  : Peu satisfait  : Pas du tout satisfait « NC » : non concerné

Livret

1. Avez-vous reçu un livret d'accueil (et vous a-t-il été expliqué) ? Oui Non

LA PRÉPARATION DE VOTRE HOSPITALISATION

					NC
2. Qualité des informations données par le chirurgien et/ou le spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qualité des informations données par l'anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qualité des informations données par le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE ACCUEIL ET VOTRE ADMISSION A LA CLINIQUE

5. Accueil et amabilité du personnel administratif (accueil, entrées, sorties)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualité de la signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DE SOINS

8. Prise en charge par le personnel soignant de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prise en charge par le personnel soignant de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PASSAGE AU BLOC OPERATOIRE

10. Comment percevez-vous votre prise en charge au bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si vous êtes allé au bloc debout, êtes-vous satisfait des modalités d'accès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

12. Satisfaction de la prise en charge de la douleur le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Satisfaction de la prise en charge de la douleur la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les traitements non médicamenteux ont-ils été efficaces (cryothérapie, chaleur...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPECT DE VOS DROITS

15. Respect de la confidentialité de vos informations (personnelles, médicales et sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Respect de votre intimité / Dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Qualité de l'accompagnement de vos proches/famille (hébergement, restauration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu besoin d'une assistante sociale ?		Oui	Non	NC	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Si oui, comment évaluez-vous l'écoute et la disponibilité de l'assistante sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ainsi que l'information et l'accompagnement de la clinique dans les démarches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE OPINION SUR LE SERVICE HOTELIER

21. Qualité de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Propreté/hygiène de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Respect de votre régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

- 25. Qualité de l'organisation de votre sortie (date, heure, destination...)
- 26. Qualité des informations sur votre sortie (n° de téléphone à contacter si besoin, documents de sortie)

VOTRE APPRÉCIATION GÉNÉRALE

- 27. Avis global sur votre séjour

28. Recommanderiez-vous notre établissement à votre entourage ? ? Oui Non

Vos commentaires :

.....

.....

.....

.....

Les questionnaires seront analysés par le service qualité, les résultats seront présentés en commission, communiqués aux professionnels et affichés dans la clinique. **BON RETABLISSEMENT.**

Autorisez-vous **Merci Docteur** à vous envoyer une enquête de satisfaction via votre mail pour le compte de l'établissement ?

NON OUI

Si vous êtes hospitalisés, autorisez-vous l'établissement à transmettre votre mail à la **HAS** dans le cadre de l'enquête nationale **E-Satis** ?

NON OUI

Si oui, Votre e-mail : _____

Fait, le _____, à _____ Signature :

Concernant **Merci Docteur** l'enquête E-Satis de la HAS, vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo.idf.groupe@almaviva-sante.com

Concernant l'enquête **E-Satis de la HAS**, vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo@has-sante.fr

