



CENTRE HOSPITALIER
ORNANS



HOPITAL
LOCAL
SAINT
LOUIS

Questionnaire de sortie

Donnez votre avis !

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Vous venez de séjourner au sein de notre établissement,
votre avis nous intéresse.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et le remettre au personnel afin que notre établissement puisse améliorer ses prestations.

Vos réponses seront analysées en Commission Des Usagers (CDU).

Date : _____



Partie facultative

Nom : _____

Date de naissance : _____

Prénom : _____

A VOTRE ARRIVEE

Vous avez trouvé l'accès à l'établissement (si concerné) :

Très facile Facile Assez difficile Difficile Non concerné

Dans l'établissement, l'accès aux services vous a paru :

Très facile Facile Assez difficile Difficile

L'ACCUEIL

Votre impression sur l'accueil aux admissions a été :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Votre impression sur l'accueil par le personnel dans le service a été :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Vous a-t-on remis le livret d'accueil :

- Oui Non Je ne me souviens pas

Si oui, l'information était :

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance :

- Oui Non Je ne me souviens pas

Avez-vous été informé(e) de l'existence des représentants d'usagers dans l'établissement ?

- Oui Non Je ne me souviens pas

Que pensez-vous des horaires de visites ?

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

DURANT VOTRE SEJOUR

Identifier l'identité et la fonction de vos interlocuteurs a été :

- Très facile Facile Assez difficile Difficile

Votre relation avec le personnel soignant vous a paru :

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Votre relation avec les médecins vous a paru :

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Les soins vous ont été dispensés en respectant votre dignité :

- Oui Non

Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette, ...) vous a semblé :

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Vous estimez que votre intimité a été respectée de manière :

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Si vous avez souffert de douleur, l'évaluation vous a-t-elle semblée :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Si vous avez eu besoin d'un traitement contre la douleur, la rapidité avec laquelle le traitement a été délivré vous a semblé :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Si vous avez eu besoin d'un traitement contre la douleur, son efficacité vous a semblé :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Vos valeurs culturelles (religieuses, alimentaires, ... etc.) ont été respectées de manière :

Très satisfaisantes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

LE CONFORT HOTELIER

Dans votre chambre, vous avez trouvé, le confort :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

Dans votre chambre, vous avez trouvé, la propreté :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Dans votre chambre, vous avez trouvé la tranquillité :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Qu'avez vous pensé de la qualité des repas :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Qu'avez vous pensé de la quantité des repas :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Qu'avez vous pensé de la variété des repas :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

