


Prestations hôtelières et confort

Avez-vous disposé d'une chambre individuelle ? Oui Non

Disposez-vous d'un régime alimentaire particulier ? Oui Non

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT(E) :     Non concerné

du confort de la chambre

de la propreté de la chambre et des sanitaires

de la température ambiante de la chambre

de la tranquillité sonore au cours du séjour

des horaires de réveil

de la restauration dans le service (quantité et qualité des repas)

des horaires des repas

des horaires des soins

des services mis à votre disposition (TV, téléphone, cafétéria, bibliothèque, boutique)

Préparation / Coordination de votre sortie

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT(E) :     Non concerné

des conditions de sortie (formalités administratives, transport, horaires de sortie...)

de la continuité de votre prise en charge (ordonnance de sortie, information de votre médecin traitant...)

des informations et consignes données à votre sortie

Votre opinion générale

Quelle appréciation portez-vous sur votre séjour dans l'Établissement sur une échelle de 0 à 10 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez-vous le CH de Niort à l'un de vos proches ? Oui Non

Si vous deviez à nouveau être hospitalisé, reviendrez-vous dans l'établissement ? Oui Non

Des suggestions à nous adresser :

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Améliorons ENSEMBLE la qualité de votre séjour

Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Vous sortez d'ici peu de temps et votre appréciation nous est indispensable pour permettre d'améliorer la qualité de nos prestations et de mieux vous satisfaire à l'avenir. D'avance, nous vous remercions.

Remettez ce questionnaire à un soignant lors de votre sortie ou dans les boîtes mises à votre disposition dans les services ou par courrier adressé à : *Direction de la Clientèle, Qualité et Prévention des risques, CH de Niort, 40 Avenue Charles de Gaulle, 79021 Niort Cedex*, à l'aide de l'enveloppe affranchie ci-jointe.



Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :



Votre hospitalisation Prévüe En urgence

Service d'hospitalisation :

Mois d'entrée : Janv. Fév. Mars Av. Mai Juin
 Jui. Août Sept. Oct. Nov. Déc.

Nombre de jours d'hospitalisation :
 Inférieur à 3 jours De 4 à 7 jours Plus d'1 semaine Plusieurs semaines

Tampon du service d'hospitalisation

Pour mieux vous connaître...

Votre nom et prénom :

(Facultatif)

Vous êtes : femme homme Votre âge :

Votre adresse :

Qui répond au questionnaire ? Vous-même Un de vos proches

Date de réponse : / /



Accès à l'établissement

Etiez-vous déjà venu au Centre Hospitalier ? Oui Non

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT(E) :



de la signalétique interne au sein de l'établissement pour vous rendre à votre RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accès au service si vous êtes en situation de handicap ou si vous avez du mal à vous déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Accueil qui vous a été réservé

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT(E) :



de l'accueil au service des Admissions, dans le hall de l'hôpital,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accueil au service des Urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accueil dans votre service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'identification des fonctions des différentes personnes travaillant dans le service (médecin, infirmière, aide-soignante...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ? Oui Non

Information délivrée par les professionnels au cours de votre séjour

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT(E) :



de la qualité de l'information sur votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la spontanéité des explications de l'équipe médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du temps passé par les médecins à expliquer le diagnostic et le traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'information reçue sur les effets indésirables des médicaments prescrits au cours du séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du contenu du livret d'accueil qui vous a été remis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soins et relations avec l'équipe médicale et paramédicale

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT(E) :



de votre participation aux choix thérapeutiques vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'intérêt et de l'écoute qui vous ont été portés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge de votre(vos) douleur(s) par l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la qualité des soins pratiqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre intimité et de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'aide apportée (si besoin) pour les actes de la vie courante comme s'habiller, se laver, manger ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la mise en place d'actions préventives (chutes, escarres ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du dialogue instauré avec l'équipe, de la disponibilité des infirmiers à votre égard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la protection de vos biens personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accompagnement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accompagnement par l'assistant social si vous l'avez rencontré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accompagnement par la diététicienne si vous l'avez rencontrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'intervention du kinésithérapeute si vous l'avez rencontré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez été opéré(e), pris(e) en charge en chirurgie et au bloc opératoire (si vous êtes non-concerné(e), passez à la partie suivante)

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT(E) :



de l'accueil qui vous a été réservé au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des réponses du chirurgien à votre questionnement sur l'intervention chirurgicale et les suites opératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre intimité et de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en compte de vos besoins et attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en compte de votre douleur avant et après l'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'organisation du service de chirurgie à votre retour dans la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>