



QUESTIONNAIRE DE SORTIE HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

Soucieux d'améliorer en permanence la qualité de nos prestations, nous avons conçu à votre intention ce questionnaire de satisfaction.



Merci de bien vouloir nous faire part de vos remarques.

Vous trouverez à l'entrée du bâtiment d'hébergement une urne destinée au retour des questionnaires pour lesquels nous vous assurons la plus stricte confidentialité.



L'ACCUEIL à votre arrivée

- | |  |  |
|--|---|---|
| | Oui | Non |
| 1. Vous êtes satisfaits de l'accueil de : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'agent d'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'infirmier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le médecin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Votre délai de prise en charge a été rapide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous avez trouvé facilement l'unité de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



VOTRE INFORMATION

- | |  |  |
|--|---|---|
| | Oui | Non |
| 4. Vous avez été informé suffisamment tôt de la date de votre rendez-vous pour vous organiser personnellement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dans quels délais avez-vous eu l'information ? | | |
| <input type="checkbox"/> > 30 jours | | |
| <input type="checkbox"/> > 15 jours | | |
| <input type="checkbox"/> < 7 jours | | |

VOTRE PRISE EN CHARGE

- | |  |  |
|---|---|---|
| | Oui | Non |
| 6. Vous êtes satisfaits de la qualité des soins dispensés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vous estimez que votre intimité a été respectée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vous estimez que votre douleur a été prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous vous êtes senti en confiance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Le déroulement de votre prise en charge vous a convenu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Les explications fournies vous ont semblé suffisantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Les documents proposés vous ont satisfaits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOTRE APPRECIATION GENERALE

- | |  |  |
|---|---|---|
| | Oui | Non |
| 13. Pensez-vous avoir été bien pris en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques / Proposition d'amélioration

Date : _____

N° de QS :