

Madame, Monsieur,
Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire afin d'améliorer la qualité des soins et des prestations de notre établissement.
Vos réponses sont confidentielles et analysées de façon strictement anonyme.
Veuillez déposer ce questionnaire dans l'une des boîtes aux lettres prévues à cet effet (halls d'ascenseurs ou bureau des entrées).
Nous vous remercions de votre collaboration.
Le Médecin-chef

Mois d'hospitalisation :

Service d'hospitalisation

Votre situation personnelle

Militaire d'active* Militaire retraité Famille de militaire Civil de la défense Autre civil

*Si vous êtes militaire d'active, vous avez été hospitalisé : A titre personnel Pour raison de service

Votre sexe : Femme Homme

Votre âge : < 18 ans 18 à 30 ans 31 à 62 ans d 63 à 74 ans 75 à 89 ans 90 ans et +

Votre arrivée à l'hôpital

Que pensez-vous

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait Non concerné

Des conditions d'accès à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conditions de stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la signalisation des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil lors de votre prise de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil au bureau des entrées (SHSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'attente au bureau des entrées (SHSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'information qui vous est donnée

Que pensez-vous

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait Non concerné

De l'information sur les conditions de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information sur les soins pratiqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information sur les suites d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information sur les formalités de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information sur l'accès au dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prise en charge de votre douleur

Que pensez-vous

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait Non concerné

De la qualité de l'information sur la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'efficacité du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite 

Les soins pratiqués

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De la qualité des soins du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité et secret médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité (soins, toilette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'attention des personnels soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'attention des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du délai de réponse aux appels urgents	Moins de 5 mn <input type="checkbox"/>	Moins de 10 mn <input type="checkbox"/>	Moins de 20 mn <input type="checkbox"/>	Plus de 20 mn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugez-vous cette attente excessive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

Le service d'accueil des urgences

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De l'accueil aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'attente aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité des soins aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le transport dans l'hôpital (brancard, fauteuil...)

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
Des conditions de transport interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conditions d'attente de transport interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des délais d'attente de transport interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Confort et conditions de séjour

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De la literie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la température de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accès à la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accès au téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires de visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les repas servis

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De la quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre appréciation globale du séjour

Votre impression générale	<input type="checkbox"/> Excellente	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Très mauvaise
Vous êtes-vous senti en sécurité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Vos suggestions nous intéressent :