

## Questionnaire de sortie

Nom : ..... Prénom : ..... Date de sortie : / /

Service :  Hospitalisation Complète  Hospitalisation De Jour  Cardiologie

### Votre arrivée :

1. Que diriez-vous de l'accueil qui vous a été réservé à votre admission ?

Administratif :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais
Soins :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais
Plateau technique :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais

2. Lors de votre hospitalisation, avez-vous eu un livret d'accueil ?

Oui  Non  Vous ne vous rappelez pas

3. Les délais d'attente avant la prise en charge dans l'établissement sont-ils ?

Excellent  Bon  Insuffisant  Mauvais

### Notre équipe :

4. Est-ce que votre intimité a été respectée par ...

Les soignants :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais
Les rééducateurs :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais
Les médecins :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais

5. Avez-vous reçu des explications à propos de votre état de santé même, sans les demander ?

Les soignants :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais
Les rééducateurs :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais

6. L'équipe était-elle disponible ?

Les soignants de jour :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais
Les soignants de nuit :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais
Les rééducateurs :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais
Les médecins :	<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Très rarement ou jamais

7. Les explications du médecin étaient-elles claires ?

Toujours  Souvent  Parfois  Très rarement ou jamais  
 Vous n'aviez pas de question à poser

8. Si vous avez bénéficié d'un accompagnement psychologique, comment avez vous trouvé celui-ci ?

Excellent  Bon  Insuffisant  Mauvais

9. Si vous avez bénéficié d'un accompagnement social, comment avez vous trouvé celui-ci ?

Excellent  Bon  Insuffisant  Mauvais

### Vos soins :

10. Vos soins au centre étaient ...

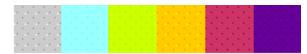
Excellent  Bon  Insuffisant  Mauvais

11. Avez-vous participé aux décisions vous concernant ?

Toujours  Souvent  Parfois  Très rarement ou jamais

12. Que pensez-vous du transport (confidentialité, dignité, confort et délais d'attente) ?

Excellent  Bon  Insuffisant  Mauvais



## Questionnaire de sortie

### Votre douleur :

13. Avez-vous ressenti des douleurs lors de cette hospitalisation ?

Oui  Non

14. Si oui, pensez-vous que tout a été mise en œuvre pour soulager votre douleur ?

Oui  Non

### Votre environnement :

15. Comment avez-vous jugé le cadre de votre séjour (propreté, température, bruit) ?

Excellent  Bon  Insuffisant  Mauvais

Commentaires : .....

.....

.....

.....

16. Qu'avez-vous pensé de la qualité du linge (propreté...) ?

Excellent  Bon  Insuffisant  Mauvais

### La restauration :

17. Que pensez-vous des repas servis ?

Qualité :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais
Quantité :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais
Variété :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais
Présentation :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais
Respect choix alimentaire:	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvais

Commentaires : .....

.....

.....

### Votre sortie :

18. Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée à propos de votre sortie ?

Excellente  Bonne  Passable  Mauvaise

### Votre séjour :

19. Aujourd'hui quelle est votre opinion générale sur votre séjour ?

Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Peu satisfait(e)  Pas du tout satisfait(e)

20. Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous...

Beaucoup mieux  Mieux  Pareil  Moins bien

### Vos remarques ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....