



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Votre avis nous intéresse !

Soucieux de l'amélioration continue de la qualité de nos prestations, vos remarques et suggestions nous sont indispensables. Nous vous remercions de remplir ce questionnaire. Vous pouvez le remettre au personnel du service, le déposer auprès des hôtesse d'accueil ou nous le faire parvenir par courrier (adresse au dos).

SITE CONCERNÉ :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital du Hasenrain (Mulhouse) | <input type="checkbox"/> Hôpital Emile Muller (Mulhouse) |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de Thann | <input type="checkbox"/> Hôpital de Cernay |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle clinique des Trois Frontières (Saint-Louis) | <input type="checkbox"/> Hôpital d'Altkirch |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de Sierentz | |

NOM du service : N° de votre chambre :

Dates du séjour :

NOM et Prénom + adresse (facultatif) :

.....

- Modalités de réponse :
- | | | |
|--------------------------|--------------------|------------------|
| Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant |
| Pas du tout satisfaisant | NC Non concerné(e) | |

VOTRE ACCUEIL

Que pensez-vous de :

- la SIGNALISATION pour arriver et vous déplacer dans l'établissement ?
- l'ACCUEIL reçu
 - au service des ADMISSIONS ?
 - aux URGENCES, si vous y êtes passé(e) ?
 - dans votre SERVICE D'HOSPITALISATION ?
- votre LIVRET D'ACCUEIL ?



<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

VOTRE SÉJOUR

Vos SOINS

Que pensez-vous :

- des SOINS reçus ?
- du respect de votre CONSENTEMENT ?
- de la prise en charge de votre DOULEUR ?
- du respect de votre INTIMITÉ ?



<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Le(s) MÉDECIN(S) du service

Que pensez-vous de :

- leur ECOUTE et leur DISPONIBILITE ?
- la CLARTE DES INFORMATIONS et EXPLICATIONS médicales fournies ?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				



Les PROFESSIONNELS

Que pensez-vous de :

- l'AMABILITE du personnel ?
- l'ECOUTE et la DISPONIBILITE du personnel ?
- l'AIDE obtenue ?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Votre INFORMATION

Que pensez-vous de :

- la clarté des INFORMATIONS et explications fournies ?
- la facilité pour les obtenir?
- la possibilité d'exprimer vos inquiétudes et vos souhaits ?
- du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Les PRESTATIONS HOTELIÈRES

Que pensez-vous :

- du CONFORT de votre chambre ?
- de la PROPRETÉ de votre chambre ?
- des REPAS servis (quantité, qualité,...) ?
- de la TRANQUILLITÉ dans le service ?
- des SERVICES ANNEXES (TV, téléphone, ...) ?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

VOTRE SORTIE



Que pensez-vous de

- l'ORGANISATION de votre sortie (annonce de la date, modalités de transport...)?
- l'INFORMATION sur la poursuite des SOINS, des traitements après votre sortie (médicaments, soins à domicile, kinésithérapie...)?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

VOTRE OPINION GÉNÉRALE

Quelle est votre opinion générale sur votre séjour ?

- Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

CONSEILLERIEZ-VOUS NOTRE ETABLISSEMENT à un proche devant être hospitalisé pour le même motif ?

- Certainement Probablement Peut-être Certainement pas

OBSERVATIONS / PROPOSITIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Vos observations nous permettront de progresser.