

VOTRE HOSPITALISATION

Vous venez d'être hospitalisé au Centre Hospitalier de Cholet. Dans le but de mieux vous accueillir et répondre à vos besoins, nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire d'évaluation de votre séjour.

Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre opinion ou situation. Ce questionnaire est confidentiel.

**Afin de faciliter la saisie informatique
veiller à bien cocher la case :**



Nom du service d'hospitalisation

Mois de sortie :

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12

Nombre de jours d'hospitalisation :

Inférieur à une semaine
 Entre 1 semaine et 1 mois
 Supérieur à un mois

ACCUEIL

Vous avez été admis :

en urgence
 en hospitalisation programmée

Les informations contenues dans le livret d'accueil

Très satisfait
 Satisfait
 Peu satisfait
 Mécontent
 Non remis

L'accueil

Très satisfait
 Satisfait
 Peu satisfait
 Mécontent
 Non concerné

Les informations contenues dans la fiche de présentation du service

Très satisfait
 Satisfait
 Peu satisfait
 Mécontent
 Non remis

PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE

Vous a-t-on invité à désigner une personne de confiance ?

OUI
 NON

Vos interlocuteurs se sont-ils présentés ?

OUI
 NON

PERSONNEL DE SERVICE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non évalué
Les informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre avis (consentement aux soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention portée à votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMENS, INTERVENTIONS, TRANSPORT

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non concerné
La prise en charge pour les examens radiologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge lors d'examens autres (examens endoscopiques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge des brancardiers pour le transport interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÉJOUR / PRESTATION HOTELIÈRES

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non évalué
L'organisation du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aménagement et le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entretien de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le choix des plats proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les possibilités de repas pour les accompagnants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prestation téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prestation de location de télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été incommodé par le bruit, le jour ?

OUI NON

Avez-vous été incommodé par le bruit, la nuit ?

OUI NON

PRÉPARATION À LA SORTIE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non concerné
La façon dont a été organisée votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'horaire de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données (explications, traitements, conseils...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous sollicité de l'aide auprès du service pour organiser votre sortie ?

OUI NON

Si oui, êtes-vous satisfait de l'aide apportée ?

OUI NON

Satisfaction globale

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la meilleure note), cocher celle qui correspond à votre niveau de satisfaction

Remarques, suggestions :

FACULTATIF

NOM - Prénom :

Adresse :

Le Centre Hospitalier de CHOLET vous remercie de votre participation.

Vous pouvez remettre ce questionnaire à un professionnel de santé ou le déposer dans l'une des boîtes aux lettres reconnaissables au logo suivant :
Ces boîtes sont situées dans les unités de soins, près des ascenseurs ou dans le hall d'accueil.



Vous pouvez aussi l'adresser par voie postale à :
CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET
Direction Générale
1, rue Marengo 49325 CHOLET Cedex

1011I/09.15/RS