

(Facultatif) { Date :
Nom :
Prénom :
Votre âge : 26 ans et plus de 15 à 25 ans
Service : 1^{er} étage 2^{ème} étage

ENQUETE CONCERNANT VOTRE SEJOUR
Hospitalisation complète

Madame, Monsieur,
Soucieux de la qualité dans notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre séjour.
La réponse à ce questionnaire, anonyme si vous le souhaitez, peut-être transmise à un soignant, déposée à l'accueil mais peut aussi nous être retournée par courrier.

1. L'ACCUEIL

Concernant le délai d'attente entre votre demande d'hospitalisation et votre hospitalisation, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant le délai d'attente lors de votre admission, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant l'accueil réservé par le personnel administratif, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant l'accueil dans le service de soins, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant l'identification des personnes travaillant dans l'établissement, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?

Oui Non

Concernant la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant l'information reçue sur le fonctionnement de l'établissement (repas, visites, téléphone, courrier, ...), êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant l'information reçue sur les restrictions de liberté (aller-venue, retrait d'objet), êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Globalement, concernant l'accueil au sein de l'établissement, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

2. LA PRISE EN CHARGE

Concernant les soins qui vous sont dispensés, êtes-vous :

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Insatisfait(e)
Par les soins médicaux psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par les soins médicaux somatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par les soins paramédicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par l'hydrothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par l'activité physique adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous reçu spontanément (sans le demander), des explications sur votre pathologie, vos soins :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Concernant les explications apportées, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Avez-vous reçu spontanément (sans le demander), des explications sur vos traitements / examens prescrits :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Concernant les explications apportées, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Le personnel soignant (médecins, infirmiers, aides-soignants) a-t-il répondu à vos questions :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Concernant les réponses apportées à vos questions, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Avez-vous eu besoin d'aide pour les activités courantes (se laver, manger, se déplacer, ...) :

Oui Non

Concernant l'aide reçue pour les activités courantes, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant le respect de vos droits, êtes-vous :

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Insatisfait(e)
Respect de la dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité (secret professionnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant l'information sur les modalités de la prise en charge de la douleur, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs :

Intenses Modérées Faibles Absence de douleurs

Concernant la façon dont ces douleurs ont été prises en charge, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Pendant cette hospitalisation, avez-vous bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle spécifique par un médecin généraliste, la diététicienne ou un soignant :

Oui, par un médecin généraliste Oui, par la diététicienne Oui, par un soignant Non

Si oui, êtes-vous satisfait(e) de cette prise en charge nutritionnelle :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Globalement, concernant la qualité de votre prise en charge dans le service, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

3. LA CHAMBRE, LES LOCAUX ET LES REPAS

Vous étiez dans une chambre :

Simple Double

Concernant l'entretien des locaux collectifs, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant le confort de votre chambre, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Concernant l'entretien de votre chambre, êtes-vous :

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Insatisfait(e)
Qualité du nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de vos effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du linge fourni (drap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les repas, petits déjeuners qui vous sont servis, êtes-vous :

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Insatisfait(e)
En quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Insatisfait(e)
En présentation				
En variété				

4. L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

Concernant la façon dont votre sortie a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination à la sortie, ...), êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) :

Je n'avais pas de médicament à prendre Non, aucune information ne m'a été donnée Oui

Concernant les informations reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Avez-vous reçu des informations sur la reprise de vos activités après votre sortie (travail, activité physique, ...) :

Oui Non

Concernant les informations reçues sur la reprise de vos activités après votre sortie, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes) :

Oui Non

Concernant les informations reçues sur le suivi après votre sortie, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Globalement, concernant l'organisation de votre sortie, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

5. VOTRE SEJOUR DANS SA GLOBALITE

Concernant l'ensemble de votre séjour, êtes-vous :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

6. COMMENTAIRES

Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?

Quelle(s) amélioration(s) pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre ?