

Madame, Monsieur, ce questionnaire est destiné à recueillir votre avis sur votre prise en charge. Vos réponses sont une précieuse source d'informations pour nous permettre de mesurer et d'améliorer la qualité des prestations que nous vous offrons. Sachez qu'il sera étudié avec le plus grand soin et nous vous remercions à l'avance de le remplir.

Nom et prénom : _____ **Date de sortie :** _____





Service d'hospitalisation et spécialité :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> U21-Médecine Interne | <input type="checkbox"/> U32-Cardiologie | <input type="checkbox"/> T. Monod-Médecine Gériatrique |
| <input type="checkbox"/> U21-Diabétologie | <input type="checkbox"/> J. Blanchet-Médecine Polyvalente | <input type="checkbox"/> T. Monod-Soins de suite |
| <input type="checkbox"/> U21-Néphrologie | <input type="checkbox"/> U.H.C.D. | <input type="checkbox"/> J. Victor-Soins de suite |
| <input type="checkbox"/> U22-Hépatogastro Addicto | <input type="checkbox"/> Réanimation et Surv. Continue | <input type="checkbox"/> L. Aubrac-Soins de suite |
| <input type="checkbox"/> U22-Neurologie | <input type="checkbox"/> U11/14-Orthopédie ORL | <input type="checkbox"/> O. de Gouges-Soins de suite |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de Jour Médecine | <input type="checkbox"/> U11/14-Gynécologie | <input type="checkbox"/> S. de Beauvoir-Méd. Gériatrique |
| <input type="checkbox"/> U31-Pneumologie | <input type="checkbox"/> U12-Viscérale Vasculaire Urologie | <input type="checkbox"/> S. de Beauvoir-Soins de suite |
| <input type="checkbox"/> U31-Rhumatologie | <input type="checkbox"/> Maternité Obstétrique | |

Niveau de satisfaction globale (De 5 Très satisfait à 1 Insatisfait)

5	4	3	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre passage par le service des Urgences

				
Accueil administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'accueil à votre arrivée dans le service d'hospitalisation

Accueil administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre appréciation sur les professionnels

L'équipe médicale

Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courtoisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication / Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez remettre ce questionnaire à l'équipe soignante ou l'adresser par courrier
CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil - Rue du Docteur Villers - BP 310 - 76503 Elbeuf



L'équipe soignante



Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courtoisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication / Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les soins reçus

Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le respect de vos droits

Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les conditions de séjour

Propreté des locaux - Equipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La restauration

Présentation de votre repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité gustative des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre choix de menu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les services proposés

Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cafétéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les conditions de sortie

Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations et documents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez donné votre adresse mail, il est possible que vous receviez un lien vous invitant à vous connecter au questionnaire de l'enquête de satisfaction nationale. Nous vous remercions de votre participation.

Vous pouvez noter ici vos remarques et suggestions :

Vous pouvez remettre ce questionnaire à l'équipe soignante ou l'adresser par courrier
CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil - Rue du Docteur Villers - BP 310 - 76503 Elbeuf

