



## BUREAU PATIENTS INTERNATIONAUX

Aidez-nous à prendre soins de vous.

Votre avis ainsi que vos suggestions sont essentiels pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prises en charge. Nous vous remercions de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire.

Date d'hospitalisation : .....

Durée de l'hospitalisation :  2 à 7 jours  + de 7 jours

Age (ou celui de votre enfant) :  0-15  16-25  46-65  66-79  80 et plus Sexe :  F  M

Nom (facultatif) : ..... Prénom (facultatif) : .....

Votre date de naissance (facultatif) : .....

Pédiatrie 3<sup>ème</sup> AB

CETD 3<sup>ème</sup> AB

Médecine Hospitalière 3<sup>ème</sup> AB

OPH 3<sup>ème</sup> AB

ORL 3<sup>ème</sup> AB

NRI 5<sup>ème</sup> NB

USINV 5<sup>ème</sup> NB

Neurochirurgie Adulte 4<sup>ème</sup> NB

Neurologie 3<sup>ème</sup> NB

### L'ACCUEIL

#### Que pensez-vous de ?

L'accueil à l'entrée de l'hôpital

L'accueil de l'équipe du bureau des patients internationaux

L'accueil du personnel soignant

L'accueil du médecin

L'orientation dans l'établissement



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

### LA QUALITE DES SOINS MEDICAUX

#### Etes-vous satisfait ?

Des soins infirmiers

De la prise en charge de votre douleur

Du respect de votre intimité :

- Pendant les soins

- Pendant la toilette

- Pendant vos déplacements

De la disponibilité du personnel

De l'écoute du personnel

Du respect de la confidentialité



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

### ACCES A L'INFORMATION

#### Vous a-t-on bien informé sur ?

Les frais liés à votre prise en charge (devis)

La possibilité d'avoir recours à un interprète

Les documents à fournir pour votre admission

Vos droits et les règles de l'hôpital

Vos traitements



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



- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vos résultats d'examen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le déroulement de votre sortie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre suivi post-hospitalisation par notre équipe médicale                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si nécessaire, l'organisation de votre séjour en centre de rééducation (SSR)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le détail de la facturation de votre séjour dans notre hôpital                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le délai de traitement et de suivi de votre dossier de facturation               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A-t-on pris en compte votre avis avant tout acte médical ou chirurgical ?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### LES CONDITIONS DE VOTRE SEJOUR

#### Que pensez-vous de votre chambre ?



- |          |                          |                          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Confort  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bruit    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Que pensez-vous de vos repas ?

- |             |                          |                          |                          |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Goût        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quantité    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Que pensez-vous de nos prestations ?

- |                                 |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tablettes individuelles et Wifi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

### APPRECIATION GENERALE DE VOTRE SEJOUR



- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Quelle est votre opinion générale sur votre séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

#### Quels sont selon vous les 2 principaux points qui devraient faire l'objet d'une amélioration ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accueil au bureau des admissions | <input type="checkbox"/> Propreté / Confort de la chambre |
| <input type="checkbox"/> Accueil au du personnel soignant | <input type="checkbox"/> Qualité de l'information         |
| <input type="checkbox"/> Disponibilité et écoute          | <input type="checkbox"/> Qualité des soins                |
| <input type="checkbox"/> Organisation de la sortie        | <input type="checkbox"/> Repas                            |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur    | <input type="checkbox"/> Respect de l'intimité            |

### REMARQUES ET SUGGESTIONS

.....

.....

.....

.....

**Ce questionnaire est à remettre dans l'urne dédiée à cet effet près du Bureau des Patients Internationaux.  
Nous vous remercions pour le partage de votre expérience.**