

AIDEZ-NOUS À MIEUX PRENDRE SOIN 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

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Âge : 18-30 31-65 66 et plus

La raison de votre séjour est une prise en charge pour une hospitalisation en :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre d'Évaluation de la Douleur (CETD) | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Unité Neuro Vasculaire (UNV) |
| <input type="checkbox"/> Médecine Hospitalière | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | |
| <input type="checkbox"/> Neuroradiologie Interventionnelle (NRI) | <input type="checkbox"/> ORL | |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Unité de Soins Intensifs Neurologie Vasculaire (USINV) | |

LA PRÉPARATION DE VOTRE HOSPITALISATION



Comment jugez-vous ?

- | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------|
| La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous a-t-on bien informé(e) sur ? | | | | |
| Vos droits et les règles de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les différents examens et soins prévus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le livret d'accueil vous a-t-il été utile ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NC (si non remis) | |

L'ACCUEIL

Que pensez-vous de ?

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'accueil principal de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'orientation dans l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil administratif lors de votre arrivée dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil du personnel soignant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil du médecin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LA QUALITÉ DES SOINS MÉDICAUX

Comment jugez-vous ?

- | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| La prise en compte de votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'attention de l'équipe du bloc opératoire (si concerné) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La clarté des informations données par l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'attention réservée à vos proches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de votre intimité : | | | | |
| - Pendant les soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pendant la toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pendant vos déplacements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de la confidentialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La coordination de vos soins et différents examens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A-t-on pris en compte votre avis avant tout acte médical ou chirurgical ? | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | |



Que pensez-vous de ?

La clarté des informations données par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les médicaments pris pendant votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les examens complémentaires réalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies pour votre sortie :				
- La date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le suivi après votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination de votre transfert vers un autre établissement de santé (si concerné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES CONDITIONS DE VOTRE SÉJOUR



Que pensez-vous ?

Du confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté de votre chambre au quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme en journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme pendant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité des produits servis lors des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des quantités servies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre commande (Régimes particuliers, convictions personnelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'amabilité et la convivialité du personnel ayant servi vos repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'aide apportée par le personnel (toilette, repas, besoins divers...)	<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"/>

L'APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE VOTRE SÉJOUR



Pourriez-vous noter votre séjour ?

/10

Quelle est la raison principale qui justifie votre notation ?

.....

.....

.....

N'hésitez pas à partager avec nous vos remarques ou suggestions :

.....

.....

.....

Merci pour le partage de votre expérience !

Vos réponses seront prises en considération et nous permettrons de nous améliorer.

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans l'urne dédiée à cet effet dans le service d'hospitalisation.

