



AIDEZ-NOUS À 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 :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Âge : 0-15 16-25 26-65 66 et plus

LA PRÉPARATION DE VOTRE HOSPITALISATION DE JOUR



Comment jugez-vous ?

La prise de contact pour l'organisation de votre venue

La clarté des informations pour préparer votre venue

Estimez-vous avoir attendu longtemps avant d'être programmé(e) pour votre hospitalisation ?

Oui Non

Vous a-t-on bien informé(e) sur ?

Vos droits et les règles de l'hôpital

Les différents examens et / ou soins prévus

Le livret d'accueil vous a-t-il été utile ?

Oui Non NC (si non remis)

L'ACCUEIL

Que pensez-vous de ?

L'accueil à l'entrée principale de l'hôpital

L'orientation dans l'hôpital

L'accueil de l'équipe de l'hôpital de jour

L'accueil du personnel soignant

L'accueil du médecin

LA QUALITÉ DES SOINS MÉDICAUX

Etes-vous satisfait ?

Des soins infirmiers

De la prise en charge de votre douleur

Du respect de votre intimité

De la disponibilité du personnel

De l'écoute du personnel

Du respect de la confidentialité

De la coordination de vos différents examens

A-t-on pris en compte votre avis avant tout acte médical ?



Que pensez-vous de ?



La clarté des informations données par le personnel soignant ?

Les informations reçues sur les examens réalisés ?

Vous a-t-on bien informé(e) sur ?

- La durée prévisible de l'hospitalisation de jour
- Les traitements
- Le suivi après votre hôpital de jour

LES CONDITIONS DE VOTRE SÉJOUR EN HÔPITAL DE JOUR

Que pensez-vous des locaux ?

Salle de soins :

- Propreté
- Confort
- Bruit

Salle d'attente :

- Propreté
- Confort
- Bruit

Estimez-vous avoir eu un temps d'attente long ?

Oui Non

Si « oui » → A quel moment estimez-vous avoir trop attendu ?

- Electrophysiologie
- Hôpital de jour
- Consultation de cardiologie
- Consultation d'ophtalmologie
- Consultation d'ORL
- Imagerie
- Autre :

Avez-vous eu une collation ?

Oui Non

Si « oui », qu'en avez-vous pensé ?

L'APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE VOTRE SEJOUR



Pourriez-vous noter votre séjour en hôpital de jour ?

/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

