

LES SERVICES PROPOSÉS

Etes-vous satisfait :

Des services proposés :

- culte, bibliothèque ?
- télévision, téléphone ?

Des facilités offertes à votre entourage (lit, repas accompagnant, horaire de visite...) ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SÉJOUR

Etes-vous satisfait(e) de votre séjour ?

OUI NON

VOS SUGGESTIONS

Avez-vous des observations ou des suggestions à faire afin d'améliorer la qualité de notre accompagnement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci

SSR



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter le questionnaire ci-après. Vos besoins et vos attentes nous permettent de vous fournir les meilleurs soins et le meilleur service possible. Il est donc important pour nous que vous vous exprimiez librement sur ce qui vous a satisfait ou non satisfait durant votre séjour.

Le questionnaire, une fois complété, peut être remis au cadre de santé, au personnel soignant de votre unité d'hospitalisation, de même qu'aux agents d'accueil ou adressé au **Centre Hospitalier de BEZIERS, Direction Qualité et Gestion des Risques, 2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.**

Dans l'hypothèse où vous auriez égaré le questionnaire de sortie, vous avez la possibilité de le demander au personnel soignant ou de le télécharger sur le site web du Centre Hospitalier de BEZIERS où nous vous encourageons à prendre connaissance des informations sur notre établissement : **<http://www.ch-beziers.fr>**.

La Directrice

Questionnaire complété par :

vous-même votre famille ou un proche

L'ACCUEIL

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

OUI NON

Les informations contenues dans le livret ont-elles facilité votre séjour ?

OUI NON

L'ACCES A L'INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE

L'information reçue sur :

- Vos droits et vos devoirs
- La possibilité de désigner une personne de confiance
- Votre état de santé
- Vos traitements
- Les résultats d'examen
- Votre sortie
- Donnée à votre famille

Est très
complète

Est difficile
à comprendre

Est
incomplète

Avez-vous donné votre avis pour les soins et les examens pratiqués ?

OUI NON Non concerné

Vos difficultés sociales ont-elles été prises en charge ?

OUI NON Non concerné

LA QUALITÉ DES SOINS

Etes-vous satisfait de :

- La prise en charge médicale
- La prise en charge infirmière
- Le traitement de votre douleur
- La prise en charge des soins d'hygiène et de confort
- La prise en charge par le kinésithérapeute
- Les conseils émis par la diététicienne

Très
satisfait

Satisfait

Peu
satisfait

Pas du tout
satisfait

LA CONFIDENTIALITÉ ET L'INTIMITÉ

Le respect de la confidentialité des informations médicales

Est-il
préservé ?

Est-il peu
préservé ?

N'est-il
pas du tout
préservé ?

Le respect de votre intimité lors des soins

LES REPAS ET LA CHAMBRE

Etes-vous satisfait de :

- La qualité des repas ?
- La quantité des repas ?
- La température des plats ?
- La variété des repas ?
- L'aide aux repas ?
- La conformité du repas servi au menu annoncé ?
- L'hygiène des locaux (chambres, sanitaires, couloirs...) ?
- L'accessibilité des locaux, du jardin ?

Très
satisfait

Satisfait

Peu
satisfait

Pas du tout
satisfait

Avez-vous déposé des effets personnels de valeur au coffre de l'établissement ? OUI NON

Si oui, avez-vous des observations à formuler sur la modalités de retrait ?