





**Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction**

	 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas du tout satisfaisant	Non concerné
<b>SERVICES PROPOSÉS</b>					
Les services proposés :					
- salle de télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- la cafétéria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- la bibliothèque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- le jardin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les facilités offertes à votre entourage :					
- en ce qui concerne les lieux de rencontre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- en ce qui concerne les horaires de visite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SÉJOUR</b>					
Etes-vous satisfait(e) de votre séjour ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**VOUS CONNAITRE**

Votre service d'hospitalisation : ..... Votre mode d'hospitalisation : .....

Vos nom et prénom (facultatif) : ..... Durée de votre séjour : .....

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

.....

.....

.....

**Merci**



*Psychiatrie*  
**QUESTIONNAIRE DE SORTIE**

*Madame, Mademoiselle, Monsieur,*


**N**ous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter le questionnaire ci-dessous. 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

**Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction**

 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas du tout satisfaisant	Non concerné
---	--	--	--	--------------

**ACCUEIL**

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

L'accueil reçu :

- aux Urgences
- à l'accueil central (hall de l'établissement)
- au bureau des entrées
- dans le service de soins
- au plateau médico-technique (radiologie, laboratoire...)

Si vous êtes atteint d'un handicap, estimez-vous que l'accès aux différentes structures de l'établissement est adapté ?  
 OUI  NON

**ACCES A L'INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE**

Les informations reçues sur :

- Votre mode d'hospitalisation
- Vos droits et vos devoirs
- Le règlement intérieur
- La possibilité de désigner une personne de confiance
- Votre état de santé
- Vos traitements
- Les résultats d'examen
- Votre sortie

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

Vos difficultés sociales ont-elles été prises en charge ?  
 OUI  NON

**QUALITÉ DES SOINS**

- La prise en charge médicale
- La prise en charge infirmière
- La prise en charge de vos problèmes physiques (problème respiratoire, cardiaque, dentaire...)
- Le traitement de votre douleur
  - psychique
  - physique
- La prise en charge des soins d'hygiène et de confort

**CONFIDENTIALITÉ ET INTIMITÉ**

- Le respect de la confidentialité des informations médicales
- Le respect de votre intimité lors des soins

**PRESTATIONS HOTELIERES ET CONDITIONS DE SÉJOUR**

- Le respect de vos goûts
- La qualité des repas
- La quantité des repas
- L'hygiène des locaux (chambres, sanitaires, couloirs, salles d'examen...)
- Avez-vous été gêné(e) par le bruit ?  OUI  NON

				NC
---	---	---	---	----