

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

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

### SERVICES PROPOSÉS

Les services proposés (culte, bibliothèque, télévision, téléphone...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les facilités offertes à votre entourage (repas...)	<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 ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					

### VOUS CONNAITRE

Votre service d'hospitalisation : ..... Date de votre séjour : .....

Vos nom et prénom (*facultatif*) : .....

Votre adresse mail : ..... @.....

Les rubriques ont-elles été complétées par :  vous  votre famille  un proche  avec un soignant

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

.....  
.....  
.....  
.....

**Merci**



# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

*Madame, Mademoiselle, Monsieur,*

**N**ous 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 hôtesses d'accueil ou bien 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>, rubrique Droits des usagers.

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 ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
La qualité des informations reçues pour faciliter votre séjour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accueil reçu :					
- aux Urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- à l'accueil central (hall de l'établissement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- au bureau des entrées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- dans le service de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- au plateau médico-technique (radiologie, laboratoire...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel soignant vous a-t-il proposé de mettre un bracelet d'identification ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Avez-vous reçu une information quant à son utilité ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Si vous êtes atteint d'un handicap, estimez-vous que l'accès aux différentes structures de l'établissement est adapté ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					

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

Les informations reçues sur :					
- Vos droits et vos devoirs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La possibilité de désigner une personne de confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Vos traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les résultats d'examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous communiqué votre consentement pour les soins et les examens pratiqués ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
L'accompagnement de l'assistant(e) de service social dans vos démarches (retour à domicile, placement en institution, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**QUALITÉ DES SOINS**

La prise en charge médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge infirmière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le traitement de votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge des soins d'hygiène et de confort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conseils nutritionnels émis par la diététicienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**CONFIDENTIALITÉ ET INTIMITÉ**

Le respect de la confidentialité des informations médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect de votre intimité lors des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PRESTATIONS HOTELIERES ET CONDITIONS DE SÉJOUR**

Le respect de vos goûts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La quantité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les horaires des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hygiène des locaux (chambres, sanitaires, couloirs, salles d'examens...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été gêné(e) par le bruit ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
					NC