Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout	Non concerné
SERVICES PROPOSÉS					
Les services proposés *(culte, bibliothèque, télévision, téléphone…)*	❍	❍	❍	❍	❍
Les facilités offertes à votre entourage *(repas…)*	❍	❍	❍	❍	❍
POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SÉJOUR					
Etes-vous satisfait(e) de votre séjour ?	❍	❍	❍	❍	❍

Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches ? ❍ OUI ❍ NON

Connaissez-vous la consultation tabacologique du CHB ? ❍ OUI ❍ 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

Conception DQGR - Validation CRUQPEC - Réalisation Direction Communication IC - MAJ 10/2024 - MAG/20460

CENTRE HOSPITALIER BÉZIERS

Accueil du patient hospitalisé

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

SATISFACTION ET EXPÉRIENCE DU PATIENT

Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter ce questionnaire. Connaitre vos besoins et vos attentes nous permet 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 durant votre séjour.

Le questionnaire, une fois complété, peut être remis au cadre de santé, au personnel soignant de votre unité d'hospitalisation, aux hôtesses d'accueil ou bien adressé au :

Centre Hospitalier de Béziers

Direction Qualité, Gestion des risques, Relations usagers et Affaires juridiques,

2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retrouver le questionnaire sur notre site web, **www.ch-beziers.fr** ou y répondre en ligne en scannant ce QR Code.

Centre Hospitalier de Béziers
2, rue Valentin Haüy 34500 Béziers
Tél. standard : 04 67 35 70 35
contact@ch-beziers.fr - www.ch-beziers.fr

suivez-nous sur :

Lieu de santé sans tabac

Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout	Non concerné
ACCUEIL					
Le livret d'accueil vous a-t-il été présenté ? ❍ OUI ❍ NON					
La qualité des informations reçues pour faciliter votre séjour	❍	❍	❍	❍	❍
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…)	❍	❍	❍	❍	❍
Le personnel soignant vous a-t-il proposé de mettre un bracelet d'identification ? ❍ OUI ❍ NON					
Avez-vous reçu une information quant à son utilité ? ❍ OUI ❍ NON					
Si vous êtes en situation de handicap : Estimez-vous que l'accès aux différentes structures de l'établissement est adapté ? ❍ OUI ❍ NON Répondez aussi à l'**Handifaction** en scannant ce QR Code :					
ACCES A L'INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE					
Les informations reçues 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	❍	❍	❍	❍	❍
Avez-vous communiqué votre consentement quant aux soins et examens pratiqués ? ❍ OUI ❍ NON					
L'accompagnement de l'assistant de service social dans vos démarches (retour à domicile, placement en institution…)	❍	❍	❍	❍	❍
QUALITÉ DES SOINS					
Qu'avez-vous pensé :					
- du respect de l'hygiène des mains par les professionnels ?	❍	❍	❍	❍	❍
- de la prise en charge médicale	❍	❍	❍	❍	❍
- de la prise en charge infirmière	❍	❍	❍	❍	❍
- du traitement de votre douleur	❍	❍	❍	❍	❍
- de la prise en charge des soins d'hygiène et de confort	❍	❍	❍	❍	❍
- des conseils nutritionnels émis par la diététicienne	❍	❍	❍	❍	❍
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	❍	❍	❍	❍	❍
Les horaires des repas	❍	❍	❍	❍	❍
L'hygiène des locaux (chambres, sanitaires, couloirs, salles d'examens…)	❍	❍	❍	❍	❍
Avez-vous été gêné par le bruit ? ❍ OUI ❍ NON					