

**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



**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. Connaître 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 des Affaires juridiques, des Relations usagers et de la Psychiatrie (DJRP),

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 :



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'exams...)

Avez-vous été gêné par le bruit ? ☐ OUI ☐ NON