

# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

## SATISFACTION ET EXPÉRIENCE DU PATIENT

Madame, Monsieur,

**Votre expérience au sein de notre hôpital compte !**

Aidez-nous à améliorer la qualité de votre accueil, et construisez avec nous l'hôpital de demain.

Vous pouvez y répondre directement sur ce formulaire ou en ligne en flashant ce QR-code :



Le questionnaire complété, peut être remis au personnel soignant, au secrétariat de votre unité, aux hôtesse d'accueil ou bien adressé à : **Centre Hospitalier de Béziers - DJRP- 2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.**

Si vous égarez le questionnaire, vous pouvez le demander au personnel soignant ou de le télécharger sur le site internet du Centre Hospitalier de Béziers, **www.ch-beziers.fr**.

**Merci de faire une croix dans la case la plus proche de votre expérience**



Très satisfaisant



Satisfaisant



Peu satisfaisant



Pas satisfaisant du tout

Non concerné

### ACCUEIL

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

L'accueil reçu :

- aux Urgences
- au bureau des entrées
- dans le service de soins

**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 :

### ACCÈS À 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

Avez-vous été informé de l'existence d'une consultation de tabacologie à l'hôpital ? ☐ OUI ☐ NON

Merci de faire une croix dans la case la plus proche de votre expérience

|                                                                                                       |                                                                                                    |                                                                                                        |                                                                                                                |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <br>Très satisfaisant | <br>Satisfaisant | <br>Peu satisfaisant | <br>Pas satisfaisant du tout | Non concerné |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

## 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
- de la prise en charge de vos problèmes physiques (*respiratoire, cardiaque, dentaire...*)
- du traitement de votre douleur
  - psychique
  - physique
- de 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 HÔTELIÈRES 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'exams...*)
- Avez-vous été gêné par le bruit ? ☐ OUI ☐ NON

## SERVICES PROPOSÉS

- Les services proposés :
  - salle de télévision
  - la cafétéria
  - le jardin
- Les facilités offertes à votre entourage :
  - en ce qui concerne les lieux de rencontre
  - en ce qui concerne les horaires de visite

## POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SÉJOUR

Etes-vous satisfait de votre séjour ?

## VOUS CONNAÎTRE

Votre service d'hospitalisation : .....  
Date de votre hospitalisation : .....  
Vos nom et prénom (*facultatif*) : .....  
Votre adresse mail : .....@.....

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

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

DJRP

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 d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire,  
soyez assuré de votre contribution essentielle à notre démarche qualité !