

Madame, Monsieur,

Votre opinion est nécessaire pour nous aider à améliorer la qualité et la sécurité de votre prise en charge.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire et de le remettre lors de votre sortie dans les boîtes réservées à cet effet à l'entrée du service.

Nous nous engageons à tenir compte de toutes vos remarques.

Ce questionnaire est rempli par :

-
- Le Patient
-
- L'Accompagnant
-
- Le Patient avec l'Assistante Enquête
-
-
- Le Patient avec le Soignant

 Nom – Prénom (*facultatif*) :

 Sexe : Féminin Masculin

 Tranche d'âge : 0-15ans 15-30ans 30-45ans 45-60ans Plus de 60ans

Code postal patient :

 Site d'hospitalisation : FDF Le LAMENTIN La TRINITE

 Mode d'admission : Urgences Ambulatoire Hospitalisation programmée

Service d'hospitalisation :Pôle d'hospitalisation.....

Période d'hospitalisation : du.....au.....

Mettez une croix dans la case correspondant le mieux à votre ressenti

I-VOTRE ACCUEIL AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT				
	 Très satisfait(e)	 Satisfait(e)	 Pas du tout satisfait(e)	 Non concerné(e)
1-La signalisation de l'établissement à l'extérieur				
2-Les facilités pour le stationnement				
3-La signalisation interne des services				
4-L'accueil au niveau des admissions				
5-L'accueil dans les services de soins				
6-L'accueil au bloc opératoire				
II-LES DELAIS D'ATTENTE				
7-Lors de l'admission (entrée...)				
8-Lors de la sortie (sortie...)				
9-Aux urgences				
10-Dans le service d'hospitalisation				
11-Au bloc opératoire				
12-A la radiologie				
III-VOTRE PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE				
13-L'identification du personnel				
14-La disponibilité des médecins, infirmières, sages-femmes et autres agents				
15-L'amabilité du personnel				
16-La prise en charge de la douleur				
17-L'efficacité du traitement antidouleur				
18-La qualité des soins médicaux				
19-La qualité des soins paramédicaux et sociaux (infirmière, aide-soignant, psychologue, kiné, assistante sociale, diététicienne...)				
20-La qualité du transport interne (transport par les brancardiers)				
21-Avez-vous eu un report d'hospitalisation ou de passage au bloc	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
22-La qualité des réponses à vos attentes et préoccupations au service maternité				
23-La qualité de l'accompagnement à la parentalité (allaitement, soin du cordon, toilette)				

IV-VOTRE APPRECIATION SUR L'HEBERGEMENT				
	 Très satisfait	 Satisfait	 Pas du tout satisfait	 Non concerné(e)
La chambre				
24-Le confort de la chambre (toilette, douche literie...)				
25-Le calme de la chambre et du service				
26-La propreté de la chambre				
27-Le fonctionnement des équipements notamment de sécurité (appel malade...)				
28-Le respect de votre intimité				
Les repas				
29-La qualité des repas				
30-La quantité des plats servis				
31-La variété des repas				
32-La température des repas				
33-Les horaires des repas				
34-Le respect du régime alimentaire				
Les services :				
35-Le téléphone et la TV				
36-Le service du courrier				
37-Le culte				
V-VOTRE INFORMATION PENDANT VOTRE SEJOUR				
38-Livret d'accueil remis à votre arrivée	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
39-Informations données par le médecin (traitement, opération...)				
40-Informations sur les bénéfices/risques liés à votre traitement ou intervention				
41-Informations sur les directives anticipées				
42-Informations données par les paramédicaux sur les soins				
43-Informations données à votre famille ou la personne de confiance				
44-Informations sur la possibilité de faire une plainte ou une lettre de satisfaction				
VI-VOTRE SORTIE				
45-Sur le plan médical (information sur votre traitement, vos prochains rendez-vous...)				
46-Sur le plan administratif (bulletin de sortie, formalités permettant la prise en charge financière de votre séjour, récupération de vos dépôts et valeurs...)				
47-Formalités de sortie sur le plan médical				
48-Formalités de sortie sur le plan administratif				
VII-VOTRE OPINION GENERALE				
49-Votre opinion générale				
50-Recommanderiez-vous notre établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
VIII-VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS				