

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de la politique d'évaluation et d'amélioration de l'accueil des patients au Centre Hospitalier de Craponne sur Arzon. Vous pourrez le déposer dans la boîte prévue à cet effet à l'accueil ou le remettre directement au Bureau des entrées lors de votre sortie.

Pour répondre merci de mettre une croix dans les cases

Vous avez séjourné : Service de médecine (Hygie) Service de Soins de suite et de réadaptations (SSR)

Notre Orientation et Notre Accueil

Diriez-vous que les indications pour vous orienter dans l'établissement étaient ?

Excellente Très bonnes Bonnes Mauvaises Très mauvaises Aucune information pour accéder au service

Que diriez-vous de l'accueil réservé lors de votre arrivée, à vous ou à vos proches, par le personnel ?

	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais	Non concerné
Administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres services (diététique, kinésithérapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous a-t-on remis à votre arrivée le livret d'accueil des patients ?

Oui Non Non concerné (je suis régulièrement hospitalisé)

Connaissez-vous la Commission des Relations Des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge ?

Oui Non

Notre séjour

Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans l'établissement ?

Très rarement ou jamais Parfois Souvent Presque toujours Toujours

Avez-vous reçu des explications, sans être obligé(e) de les demander, sur votre état de santé, vos soins, vos traitements, par :

	Toujours	Presque toujours	Souvent	Parfois	Très rarement ou jamais
Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quand vous avez posé des questions, les réponses vous ont-elles parues claires et compréhensibles ?

Toujours Presque toujours Souvent Parfois Très rarement ou jamais

Avez-vous reçu des informations, sans être obligé(e) de les demander, sur :

	Toujours	Presque toujours	Souvent	Parfois	Très rarement ou jamais
Les démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La possibilité de désigner une personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La possibilité de rédiger des directives anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le déroulement de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nature du ou des examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Que pensez-vous des précautions prises par le personnel pour respecter :

	Excellentes	Très bonnes	Bonnes	Mauvaises	Très mauvaises
Votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité et le secret médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous de la façon dont les infirmiers vous ont surveillé et soigné ?

Excellente Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

Dans l'ensemble, que diriez-vous des soins que vous avez reçus à l'hôpital ?

Excellents Très bons Bons Mauvais Très mauvais

La prise en charge de votre douleur

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ?

Extrêmement intense Intenses Modérées Faibles Vous n'avez pas eu mal

Diriez-vous que votre douleur été prise en charge de manière

Excellente Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

La prestation Hôtelière

Que diriez-vous	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
Du confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prestation Téléphone/internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en compte de vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité des repas servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la variété des repas servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans votre chambre dans le service ?

Très souvent Assez souvent Parfois Très rarement Jamais.

Votre sortie

Que pensez-vous :	Excellente	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise	Pas d'information donnée
De l'organisation de la sortie sur le plan administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information donnée sur les médicaments que vous deviez prendre à la sortie (dosage, horaires...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conseils pour le retour à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appréciation globale sur le séjour

Quelle est votre opinion générale sur votre séjour à l'hôpital ?

Très satisfait Satisfait Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait



Observations et suggestions