

Vos remarques et vos suggestions

Pour mieux vous connaître

- Avez –vous un régime alimentaire ? oui non
- La texture des repas est-elle normale ? oui non
- Si non, veuillez préciser si hachée, mixée ou autre (*barrer la mention inutile*)
- depuis combien de jours êtes-vous hospitaliséjours
- quel est votre sexe ? Masculin
 féminin
- quel est votre âge ?ans



Hôpital Hurabielle
Rue Pasteur
27310 Bourg Achard

Questionnaire de sortie

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des patients hospitalisés dans l'unité de soins de suite, nous souhaitons connaître votre appréciation.

Vos réponses resteront strictement confidentielles, nous respecterons votre anonymat.

→ Pour la réponse, mettre une croix dans la case correspondante

<input type="checkbox"/>				
Très satisfait	satisfait	insatisfait	très insatisfait	sans avis

Je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire

La Direction
B. Maillard

Accueil

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|-----------|
| |  |  |  |  |  | Sans avis |
| • La facilité pour trouver l'établissement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Le déroulement des formalités administratives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • La facilité pour s'orienter dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?
(document remis le jour de l'entrée) | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> | | |

Prise en charge

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-----------|
| |  |  |  |  |  | Sans avis |
| • Les information fournies par le médecin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • La qualité de vos relations avec les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Les informations fournies par les infirmières
et les aides soignantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Les soins dispensés par les infirmières
et les aides soignantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • La prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • La facilité de rencontrer médecins
et équipe soignantes (pour vous /vos proches) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Questionnaire de sortie HBA janvier 2016

Confort

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----------|
| |  |  |  |  |  | Sans avis |
| • Le confort de la chambre | <input type="checkbox"/> | |
| • La propreté de la chambre | <input type="checkbox"/> | |
| • La température ambiante | <input type="checkbox"/> | |
| • Le niveau de bruit le jour | <input type="checkbox"/> | |
| • Le niveau de bruit la nuit | <input type="checkbox"/> | |
| • La qualité des repas | <input type="checkbox"/> | |
| • Les prestations délivrées par les hôtelières
(tâches ménagères..) | <input type="checkbox"/> | |
| • Les possibilités de visite | <input type="checkbox"/> | |

Appréciation globale

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------|
| | Oui | Non | sans |
| |  |  | |
| • Recommanderiez-vous l'hôpital
de Bourg-Achard à vos proches ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire de sortie HBA janvier 2016