

# Questionnaire de sortie

## Unités d'hospitalisation



QUESTIONNAIRE A  
RESTITUER AUX  
SOIGNANTS OU  
AUX HOTESSES  
D'ACCUEIL A LA  
SORTIE DU  
SERVICE

### Votre avis nous intéresse.

Madame, Monsieur,

Soucieux d'améliorer vos conditions d'accueil et de prise en charge, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire de satisfaction.

La Direction

Date : .....

N° chambre : .....

Intervention : .....

#### 1. Quel est votre NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE sur votre séjour ?

☐ Très satisfait    ☐ Satisfait    ☐ Assez satisfait    ☐ Peu satisfait    ☐ Pas du tout satisfait

#### 2. Que diriez-vous de l'ACCUEIL que vous avez reçu (amabilité, disponibilité, écoute) ?

	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
A la pré-admission / admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'accueil de la clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Que diriez-vous des DELAIS D'ATTENTE au cours de votre séjour ?

	Excellents	Très bons	Bons	Mauvais	Très mauvais
A la pré-admission / admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'accueil de la clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant l'entrée en chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant le départ au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Que diriez-vous des précautions prises pour respecter votre INTIMITE ?

	Excellentes	Très bonnes	Bonnes	Mauvaises	Très mauvaises
Dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Que diriez-vous du respect de la CONFIDENTIALITE des informations vous concernant ?

	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
A la pré-admission / admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'accueil de la clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 6. Que diriez-vous de la qualité de l'INFORMATION reçue ?

	Excellente	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
L'information sur votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Que diriez-vous de la qualité de la PRISE EN CHARGE ?

	Excellente	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
La qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le transfert au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Que diriez-vous du CONFORT DE LA CHAMBRE ?

	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
La propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. Que diriez-vous de la qualité des REPAS ?

	Excellente	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La diversité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Que diriez-vous de la PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ?

	Aucune douleur	Douleur supportable	Douleur intense	Douleur insupportable
Avant l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au retour en chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La 1 <sup>ère</sup> nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le lendemain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jours suivants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

	Pas concerné	Totalement	Partiellement	Pas du tout
A-t-on pu soulager votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques, des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez une réponse personnalisée, merci de nous indiquer vos coordonnées :

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....