



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Toujours soucieux d'améliorer la qualité des services qui vous sont rendus, nous vous remercions de consacrer un peu de votre temps pour évaluer votre niveau de satisfaction concernant les différentes prises en charge au cours de votre séjour.

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE : Dates de votre séjour : du / / au / /

Vous avez séjourné en :

- médecine
- soins de suites médicalisés
- réadaptation cardio vasculaire
- soins de suites neurologiques

Nom et prénom (facultatif) :






Vous êtes :

- la personne qui a séjourné
- un membre de sa famille ou un proche
- un homme
- une femme

Vous avez :

- de 20 ans
- entre 21 et 35 ans
- entre 36 et 50 ans
- entre 51 et 69 ans
- + de 70 ans

VOTRE ACCUEIL :

	Très satisfait	Assez Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné ou sans opinion
					
La signalisation en ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation du service et des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalisation des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil le jour de votre arrivée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPECT DE VOS DROITS :

Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de vos croyances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre consentement avant tout acte médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE INFORMATION MEDICALE :

Les informations sur votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les traitements donnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les examens et leurs résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les réponses à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Très satisfait Assez Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait Non concerné ou sans opinion



VOTRE DOULEUR :

La rapidité de la prise en compte de votre douleur
L'efficacité des traitements donnés

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITE DES SOINS :

La disponibilité et l'écoute des équipes soignantes de jour
La disponibilité et l'écoute des équipes soignantes de nuit
La disponibilité et l'écoute des rééducateurs
La disponibilité et l'écoute de la diététicienne
Les informations données par l'équipe soignante
La qualité des soins dispensés
Votre prise en charge soignante

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES PRESTATIONS HOTELIERES :

La propreté de la chambre
Le confort de la chambre
La tranquillité sonore
La température ambiante
La propreté du linge
Les parties communes (hall, couloir, salle à manger...)
Le service du téléphone
Le fonctionnement de la télévision

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA RESTAURATION :

La qualité des repas servis
Les quantités
La variété des menus
La température des plats
Le respect du choix des plats ou du régime prescrit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE :

L'organisation de votre sortie
Vos relations avec l'assistante sociale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel est le point qui vous a satisfait le plus?

Quel est le point qui vous a satisfait le moins ?

Très satisfait Assez Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait Non concerné ou sans opinion

VOTRE SATISFACTION GENERALE :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Recommanderiez-vous le Centre Hospitalier de Rumilly à votre entourage ? oui non

Quelles remarques ou suggestions pourriez-vous formuler pour nous permettre de mieux répondre à vos attentes ?

VOUS POUVEZ REMETTRE CE QUESTIONNAIRE :

Au bureau des entrées / à un membre de l'équipe soignante ou administrative /
Dans la boîte aux lettres identifiée « questionnaires de satisfaction » située dans le hall d'accueil
Par courrier : Centre Hospitalier de Rumilly - Direction - CS70088 - 74151 RUMILLY cedex