

# APPRECIATION SUR VOTRE SEJOUR EN HOSPITALISATION COMPLETE



Clinique des Augustines

Votre avis, vos remarques et vos suggestions nous sont indispensables pour améliorer la qualité de votre prise en charge. Avant de quitter l'établissement, nous vous remercions de prendre quelques instants pour renseigner ce questionnaire concernant le séjour que vous terminez.

Vous pouvez remettre ce document :

- directement au responsable du service,
- dans l'urne prévue à cet effet située au rez-de-chaussée ou
- l'adresser à la cellule qualité par voie postale (4 faubourg Saint Michel - 56140 MALESTROIT).

## HOSPITALISATION

Date d'entrée :

Date de sortie :

- Service plaies 1er étage
- Unité de soins palliatifs 1er étage
- Médecine physique et réadaptation 2ème étage
- Soins de suite et réadaptation 2ème étage

Dans quel service avez-vous séjourné ?

- Médecine polyvalente 3ème étage
- Court séjour gériatrique 3ème étage
- Soins de suite et réadaptation 4ème étage
- Unité cognitivo-comportementale (UCC)

Ce questionnaire est complété par :

le patient

un proche

autre  \_\_\_\_\_

## L'ACCUEIL

Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été réservé lors de votre arrivée dans l'établissement :

Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?



- 
- OUI  NON

## LA QUALITE DE L'INFORMATION ET DES SOINS

Que pensez-vous des informations qui vous ont été données :

- sur votre état de santé ?
- sur les traitements et les soins ?
- à votre entourage ?

Que pensez-vous de l'écoute du personnel ?

Que pensez-vous des réponses apportées à vos questions ?

Que pensez-vous des soins reçus pendant votre séjour ?

La confidentialité a-t-elle été respectée pendant votre prise en charge ?

Estimez-vous que votre intimité a été respectée :

- pour les soins ?
- pour la toilette ?
- pendant vos déplacements au sein de l'établissement ?

Pensez-vous que vos droits ont été respectés (libertés individuelles, dignité, ...) ?

Si non, pourquoi ?



- 
- OUI  NON

## LA DOULEUR

Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?

A-t-on soulagé votre douleur ?

Si oui, estimez-vous avoir été suffisamment soulagé(e) ?

- souvent  parfois  jamais
- OUI  NON  non concerné
- OUI  NON  non concerné

## LES CONDITIONS DE SEJOUR

Que pensez-vous de votre chambre :

- la literie ?
- le mobilier et les sanitaires ?
- la propreté et l'hygiène ?
- le calme ?
- la température ?

Que pensez-vous de vos repas :

- la qualité des plats ?
- la quantité des plats ?
- la diversité des menus ?
- la température des plats ?
- les horaires des repas ?



- 
- 
- 
- 
-

### Que pensez-vous des prestations :

- téléphone ?
- télévision ?
- wifi ?
- boutique / cafétéria (hors situation sanitaire particulière) ?

				non concerné
<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 RELATIONS

### Comment pouvez-vous qualifier les relations que vous avez eues :

- avec le ou les médecin(s) ?
- avec le personnel soignant et de service ?
- avec le personnel administratif ?
- avec le personnel de rééducation ?

				non concerné
<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 DELAIS D'ATTENTE

### Que pensez-vous des délais d'attente :

- à l'admission ?
- lors de l'installation dans votre chambre ?
- lors d'examens (radiologie, consultations, rééducation, ...) ?

<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 MEDICAMENTS

### Avez-vous reçu des informations concernant votre traitement (médicaments) :

- pendant l'hospitalisation ?
- à la sortie ?

Si oui, ces informations vous ont été délivrées par :

- le ou les médecin(s) ?

Si non, avez-vous reçu une information par :

- le personnel soignant (infirmier(e), aide-soignant(e)) ?

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

## LA SORTIE

### Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie (annonce de votre date de sortie, organisation, ...) ?

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

## LES TRAVAUX AU SEIN DE LA CLINIQUE

Avez-vous été gêné par les travaux effectués au sein de l'établissement ?  OUI  NON

Avez-vous reçu des informations concernant les nuisances éventuelles liées aux travaux (bruit, poussières, ...) ?  OUI  NON

## LA SITUATION SANITAIRE

Avez-vous reçu des informations concernant la situation sanitaire ?

OUI  NON

## APPRECIATION GENERALE

Quelle est votre opinion générale sur votre séjour ?

Appréciation par votre entourage (famille, amis, proches)

Si vous deviez à nouveau être hospitalisé, choisiriez-vous notre clinique ?

Recommanderiez-vous notre établissement à un proche ?

Notez de 1 à 10 votre satisfaction générale concernant votre séjour : \_\_\_ / 10

Quels sont selon vous les 2 principaux points qui devraient faire l'objet d'une amélioration ?

- |                                                       |                                                           |                                                                     |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> l'accueil                    | <input type="checkbox"/> le respect de l'intimité         | <input type="checkbox"/> la propreté et l'hygiène                   |
| <input type="checkbox"/> la disponibilité et l'écoute | <input type="checkbox"/> le respect de la confidentialité | <input type="checkbox"/> les repas                                  |
| <input type="checkbox"/> la qualité de l'information  | <input type="checkbox"/> la prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> les prestations (téléphone, télévision...) |
| <input type="checkbox"/> la qualité des soins         | <input type="checkbox"/> les conditions de séjour         | <input type="checkbox"/> la qualité des échanges                    |

Avez-vous des suggestions ou remarques à formuler qui pourraient nous permettre d'améliorer la qualité de nos services ?

				non concerné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	



## POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Votre âge :  - de 30 ans  de 30 à 50 ans  de 51 à 70 ans  de 71 ans à 85 ans  + de 85 ans

Souhaitez-vous recevoir des informations sur la vie de la Clinique

(actualités, travaux, campagnes de dons) (2 à 3 fois par an maximum) ?

OUI  NON

Si oui, merci de compléter votre courriel et vos coordonnées postales : Email : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

# MERCI À VOUS !