

**QUESTIONNAIRE DE SORTIE - VOTRE AVIS NOUS INTERESSE**

*En remplissant ce questionnaire, vous nous aidez à améliorer la qualité des prestations de l'établissement.  
 Par avance, je vous remercie de l'attention que vous y porterez et espère que nous avons répondu à vos attentes.  
 Le Directeur*

*Ce questionnaire est à rendre à la secrétaire médicale du service  
 ou à l'Accueil le jour de votre départ*

Nom, Prénom (facultatif) .....

Date d'entrée: .....

Date de sortie: .....

HDJ CARDIOLOGIE

HDJ ORTHOPEDIE

HDJ ORL/POLYVALENT

HDJ PNEUMOLOGIE

HDJ NEUROLOGIE

Connaissez-vous le Val Rosay avant votre hospitalisation ? ..... Oui  Non



**I - L'ACCUEIL**

Comment avez-vous jugé l'accueil au bureau des entrées ?

Très Satisfaisant

Satisfaisant

Peu satisfaisant

Insatisfaisant

Comment avez-vous jugé l'accueil dans l'unité de soins ?

Très Satisfaisant

Satisfaisant

Peu satisfaisant

Insatisfaisant

**II - AVEZ-VOUS PU FACILEMENT IDENTIFIER LES PROFESSIONNELS  
 TOUT AU LONG DE VOTRE SEJOUR ?**

Oui

Non



**III - LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

Avez-vous eu des douleurs ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous pu en parler ?

Oui

Non

Si oui, un traitement vous a-t'il été administré rapidement ?

Oui

Non

Si oui, le soulagement de votre douleur a-t'il été :

Très Satisfaisant

Satisfaisant

Peu satisfaisant

Insatisfaisant

**IV - LA QUALITÉ DES INFORMATIONS TOUT AU LONG DE VOTRE SÉJOUR VOUS A PARU :**

Informations sur :	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Insatisfaisant
Votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins effectués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V - LE RESPECT DU SECRET DES INFORMATIONS SUR VOTRE ETAT DE SANTÉ TOUT AU LONG DE VOTRE SEJOUR VOUS A PARU :**

Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu Satisfaisant       Insatisfaisant

**VI - PENSEZ-VOUS QUE LES PRECAUTIONS PRISES PAR LE PERSONNEL POUR RESPECTER VOTRE INTIMITÉ ETAIENT :**

Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu Satisfaisant       Insatisfaisant

**VII - LES DIFFÉRENTS TYPES DE PRISE EN CHARGE VOUS ONT PARU :**

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Insatisfaisant
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide-soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rééducateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VIII - RESTAURATION

Que pensez-vous de la qualité des repas ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Insatisfaisant
La qualité	<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"/>
La température	<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"/>
Le temps du repas au restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité du service au restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## IX - L'HÔTELLERIE

Que pensez-vous de l'hygiène des locaux ?

Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu Satisfaisant       Insatisfaisant

Que pensez-vous de l'aménagement des locaux ?

Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu Satisfaisant       Insatisfaisant



## X - LE TRANSPORT

L'information sur l'organisation du transport vous paraît-elle ?

Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu Satisfaisant       Insatisfaisant

Les heures de rendez-vous sont-elles respectées ?

Oui       Non

Suivant votre pathologie, la prise en charge (conduite, confort...) par votre transporteur vous paraît-elle ?

Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu Satisfaisant       Insatisfaisant

