



Que pensez-vous de l'hôpital ?

*Vos réponses nous permettront d'améliorer la qualité des diverses prestations.
Vous pouvez remettre ce questionnaire rempli (anonymement ou non) à un membre de l'équipe soignante ou à
Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier.*

Si vous souhaitez laisser vos coordonnées (NOM – Prénom – Adresse – Téléphone – Mail)

SERVICE D'HOSPITALISATION : URGENCES

Votre orientation

Qui vous a orienté vers le service des urgences ?	<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Maison Médicale de Garde
	<input type="checkbox"/> Autre professionnel de santé	<input type="checkbox"/> Vous / famille

Votre arrivée

Comment êtes-vous arrivé au service des urgences ?	<input type="checkbox"/> Pompiers	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Moyen personnel
	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

L'accueil du personnel		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
	Administratif	<input type="checkbox"/>				
	Infirmier	<input type="checkbox"/>				
	Médical	<input type="checkbox"/>				
	Des autres services (imagerie...)	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service (médecin, infirmier,...) ?		Toujours	Presque toujours	Souvent	Parfois	Très rarement ou jamais
		<input type="checkbox"/>				

Le temps d'attente		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
	A votre arrivée (accueil infirmier ou aide-soignant)	<input type="checkbox"/>				
	Au Bureau des Admissions (étiquettes)	<input type="checkbox"/>				
	Pour être pris(e) en charge par un médecin	<input type="checkbox"/>				
	Pour réaliser les formalités de sortie	<input type="checkbox"/>				

La qualité des soins		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
	Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le personnel médecin	<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"/>
Dès votre arrivée, vous a-t-on demandé le motif de votre venue ?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sais plus

La disponibilité du personnel		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
	Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>				
	Le personnel médecin	<input type="checkbox"/>				

Le respect de :		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
	Votre dignité	<input type="checkbox"/>				
	Votre intimité	<input type="checkbox"/>				
	La confidentialité et le secret médical	<input type="checkbox"/>				

La qualité des informations						
	Avez-vous reçu des explications, sans être obligé(e) de les demander, sur votre état de santé, vos soins, vos traitements par :					
		Toujours	Presque toujours	Souvent	Parfois	Très rarement ou jamais
	Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>				
	Le personnel médecin	<input type="checkbox"/>				
	Quand vous avez posé des questions aux médecins, les réponses vous ont-elles paru claires et compréhensibles ?					
		Toujours	Presque toujours	Souvent	Parfois	Très rarement ou jamais
		<input type="checkbox"/>				
	Avez-vous reçu des informations sans être obligé(e) de les demander sur :					
		Toujours	Presque toujours	Souvent	Parfois	Très rarement ou jamais
Le déroulement de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La nature du ou des examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les délais éventuels d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Les prestations hôtelières		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
	Confort de la salle d'attente	<input type="checkbox"/>				
	Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				

Nuisances		
	Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans le service ?	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, lesquels :
		<input type="checkbox"/> Non

Votre sortie :		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
Que pensez-vous de l'information qui a été donnée sur :						
Sur les médicaments que vous deviez prendre après la sortie (dosage, horaires, effets indésirables)		<input type="checkbox"/>				
Sur la reprise des activités après sortie (reprise travail, sport...)		<input type="checkbox"/>				

Votre opinion globale		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
Quelle est votre opinion générale (ou celle de votre enfant) sur votre prise en charge par le service ?						
		<input type="checkbox"/>				

❖ Vos remarques :

.....

❖ Vos suggestions :

.....

Merci de votre participation