

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Date : /..... /.....

HOSPITALISATION

Vous venez d'être hospitalisé(e) à la Clinique Saint-Joseph. Nous espérons que votre séjour s'est passé dans de bonnes conditions et que vous êtes satisfait(e) des soins que vous avez reçus.

Afin de mieux répondre à vos attentes, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire simple et rapide à compléter.

Vous pouvez le remettre lors de votre sortie au bureau des entrées et des sorties.

Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?

Veuillez cocher la case correspondante à votre niveau de satisfaction.

Si vous n'êtes pas concerné(e) par la question cochez la case Non concerné(e) (NC).

Si vous souhaitez développer votre réponse, merci de le faire en fin de questionnaire.

	Très satisfait(e) 	Satisfait(e) 	Peu satisfait(e) 	Pas du tout satisfait(e) 	Non concerné(e) NC
VOTRE ARRIVÉE					
1. L'accueil téléphonique (amabilité, attente...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. L'accès à la clinique (signalisation, transport, parking...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La signalisation dans la clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ACCUEIL ET VOTRE INFORMATION					
Au bureau des entrées					
4. L'accueil et l'amabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Le délai d'attente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La disponibilité du personnel pour vous renseigner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Les explications fournies par le personnel sur l'admission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Les informations du livret d'accueil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans le service d'hospitalisation					
9. L'accueil à votre arrivée dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Le délai d'attente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. L'identification du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

					NC
L'ÉQUIPE SOIGNANTE					
De jour :					
12. L'information sur le déroulement des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. La disponibilité du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. L'attention qui vous a été portée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De nuit :					
15. La disponibilité du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. L'attention qui vous a été portée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ÉQUIPE MÉDICALE					
17. La disponibilité des médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. L'information sur le suivi médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VOTRE PASSAGE AU BLOC OPÉRATOIRE					
<i>Si vous avez été opéré(e)</i>					
19. Votre transfert au bloc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. L'accueil, l'amabilité et l'écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. La rapidité de prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Votre prise en charge en salle de réveil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. La sécurité ressentie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

24. Avez-vous ressenti de la douleur ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			
25. Si oui, quelle a été l'intensité de vos douleurs :	<input type="radio"/> Forte	<input type="radio"/> Moyenne	<input type="radio"/> Légère		
26. Avez-vous été soulagé(e) par les médicaments ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			

VOS DROITS ET VOTRE INTIMITÉ

					NC
27. Le respect de votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Le respect de la confidentialité des informations échangées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOTRE SÉJOUR

Votre chambre :

29. Le confort de votre chambre	<input type="radio"/>				
30. La propreté et l'hygiène dans le service	<input type="radio"/>				
31. Le niveau sonore	<input type="radio"/>				

La restauration :

32. La présentation du plateau	<input type="radio"/>				
33. La qualité gustative des plats	<input type="radio"/>				
34. La température des plats	<input type="radio"/>				
35. La propreté de la vaisselle	<input type="radio"/>				

L'équipe hôtelière :

36. La disponibilité	<input type="radio"/>				
37. L'attention qui vous a été portée	<input type="radio"/>				

VOTRE SORTIE

38. Les consignes médicales reçues pour la sortie

39. Votre prise en charge administrative de la sortie

40. Le délai d'attente

				NC
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre appréciation d'ensemble sur votre séjour dans le service de chirurgie est :

excellente bonne mauvaise très mauvaise

Recommanderiez-vous la clinique ? oui non

Quels sont les points positifs ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quels sont les points à améliorer ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de remplir ces rubriques

Les informations ci-dessous seront utilisées pour nous aider dans l'analyse statistique de vos réponses. Elles sont strictement confidentielles.

Date : / /

Chambre n°

Nom du praticien :

Votre nom (facultatif) :

Age :

Sexe :

Femme

Homme

Merci du temps que vous avez bien voulu nous consacrer.

Souhaitez-vous une réponse ? oui non

Si oui, merci de préciser vos coordonnées (mail ou adresse postale) :

.....
.....

Formulaire de consentement Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés

Confié depuis le 1er janvier 2015 à la Haute Autorité de Santé (HAS), l'indicateur national "E-SATIS" est un dispositif de mesure de la satisfaction des patients en ambulatoire et ceux hospitalisés plus de 48h en court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique). E-SATIS est recueilli de façon continue et auprès de tous les patients concernés grâce à un questionnaire en ligne.

La mesure de la satisfaction des patients dans le cadre de l'indicateur national est faite via un questionnaire auto-administré par les patients. Un lien d'accès à ce questionnaire vous sera envoyé par courriel quelques semaines après votre hospitalisation.

Nous vous demandons donc de bien vouloir nous fournir votre adresse mail.

Elle sera conservée en toute confidentialité par la responsable qualité. En cas de refus, merci d'en indiquer la raison.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

mail :

Merci de remettre ce formulaire à un professionnel du bureau des entrées ou des sorties

Si refus, raison invoquée :

.....