

Hôpital de jour

Madame, Monsieur,

Vous allez quitter notre établissement. Nous espérons que votre séjour a répondu à votre attente tant dans le domaine des soins que celui de l'hôtellerie. Votre opinion est précieuse pour améliorer la qualité des prestations que nous vous offrons. Nous vous remercions par avance de prendre quelques instants pour répondre à ces questions. Vos réponses sont anonymes. Nous vous souhaitons un complet rétablissement et vous prions d'agréer nos meilleurs sentiments.

Date séjour du patient

Service d'hospitalisation

Diabétologie MIHDJ-hôpital de jour Réadaptation cardiaque Réhabilitation respiratoire

I - APPRECIATION DE LA QUALITE DE L'ACCUEIL

Que pensez-vous de l'accueil

	Excellent	Bon	Passable	Mauvais
du bureau des entrées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'équipe soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'ensemble des personnels de Bligny ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous pu identifier les fonctions des personnels qui vous entouraient ? Oui Non

Avez-vous subi des délais d'attente au niveau des plateaux techniques ? Oui non

Si "oui" combien de temps ?

II - APPRECIATION DES SOINS

	Oui	Non	Non concerné
La confidentialité concernant votre état de santé a-t-elle été respectée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous pu rencontrer facilement le médecin ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été bien informé sur l'importance et le but des examens prescrits ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été bien informé des soins reçus ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre douleur a-t-elle été suffisamment prise en charge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours des soins, votre intimité a-t-elle été correctement respectée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été bien informé du traitement à suivre à votre sortie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimez-vous que le personnel a été suffisamment disponible ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans l'ensemble êtes-vous satisfait des soins dispensés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



III - APPRECIATION DE L'HOTELLERIE

Les locaux où vous avez été pris en charge étaient-ils ?

- | | Oui | Non |
|----------------|-----------------------|-----------------------|
| confortables ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| propres ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| calmes ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Les repas étaient-ils satisfaisants :

- | | Oui | Non |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| en qualité ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| en quantité ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| en température ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

V - APPRECIATION D'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR

Sur l'ensemble de votre séjour vous êtes :

- Très satisfait Satisfait Mécontent Très mécontent

Vos droits exposés dans la charte du patient hospitalisé qui vous a été remise ont-ils été respectés ?

- Oui Non

Avez-vous été associé à votre projet de sortie / suite de votre prise en charge ?

- Oui Non

Si vous le souhaitez vous pouvez mentionner votre nom

Remarques et suggestions

Après avoir répondu au questionnaire, merci de le glisser dans l'enveloppe ci-jointe que vous pouvez remettre dans le service ou au bureau des entrées ou envoyer par la poste.

Réservé à la Direction

Protection des données à caractère personnel :

En complétant ce document, j'accepte que les informations saisies soient traitées

- dans le cadre d'un processus d'amélioration de la qualité des prestations fournies par le CH de Bligny
- aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le CH de Bligny (art 6.1 f du RGPD).

Je valide connaître mon droit d'accéder aux données me concernant et de les faire rectifier ou supprimer en contactant : dpd@chbligny.fr

