

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

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hématologie SSR           | <input type="checkbox"/> Oncologie SSR         | <input type="checkbox"/> Pneumologie SSR             | <input type="checkbox"/> SSR Gériatrie et Polyvalents |
| <input type="checkbox"/> Maladies Infectieuses SSR | <input type="checkbox"/> Pneumo Court Séjour 1 | <input type="checkbox"/> Réadaptation cardiaque      | <input type="checkbox"/> Soins Intensifs              |
| <input type="checkbox"/> Médecine polyvalente CS   | <input type="checkbox"/> Pneumo court séjour 2 | <input type="checkbox"/> Réhabilitation respiratoire | <input type="checkbox"/> Soins Palliatifs             |
| <input type="checkbox"/> Onco Court séjour         | <input type="checkbox"/> Pneumo post-réa       | <input type="checkbox"/> Sanatorium                  | <input type="checkbox"/> Non identifié                |

## 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 à Bligny ?  Oui  non Si "oui" lieu d'attente

Si "oui" combien de temps ?

## II - APPRECIATION DES SOINS

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



### III - APPRECIATION DE L'HOTELLERIE

#### Votre chambre était-elle ?

- |               | Oui                   | Non                   |
|---------------|-----------------------|-----------------------|
| confortable ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| propre ?      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| calme ?       | <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 variété ?     | <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 de l'hôpital / 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](mailto:dpd@chbligny.fr)

