



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Hospitalisation de jour

Vous avez été hospitalisé(e) à Bel-Air, nous aimerions connaître votre avis sur la qualité de nos services afin d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge et de répondre encore mieux à vos besoins. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui peut, si vous le souhaitez, rester anonyme.

NOM et Prénom (facultatif) :

Date de sortie :

Patient apte à répondre OUI NON

Pour répondre à ce questionnaire, merci d'entourer ou de cocher la case de votre choix. Toutes vos idées, remarques sont les bienvenues et peuvent être rédigées dans « commentaires généraux ».

Merci d'attribuer pour chaque question une note allant de 0 à 10.

0 = pas du tout satisfait

10 = très satisfait

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A votre arrivée

1/ A votre arrivée en HJ, un livret d'accueil vous a été remis à votre admission

Si vous étiez en hospitalisation complète, veuillez répondre Non concerné.

OUI
 NON
 Non concerné

2/ Comment évaluez-vous l'accueil reçu par :

- Le bureau des admissions :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Le service de soins :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Le service de rééducation & réadaptation :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3/ Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement ?

(explications sur le fonctionnement de l'établissement, présentation des lieux, des espaces, des services)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4/ Avez-vous eu des difficultés à identifier les différents professionnels ? (badge, présentation, etc.)

OUI NON

DROITS DU PATIENT

5/ Que pensez-vous de l'information qui vous a été délivrée sur vos droits et vos devoirs? (ex : droit d'accès au dossier du patient, information sur les devoirs des patients, existence des représentants des usagers, etc).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6/ Comment évaluez-vous le respect de la confidentialité et de votre intimité pendant les soins ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7/ Avez-vous un accès à « Mon Espace Santé » ?

OUI NON



PRISE EN CHARGE SOINS, REEDUCATION ET READAPTATION

8/ Avez-vous été satisfait(e) des soins apportés par :

- Equipe médicale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Equipe soignante

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Rééducateurs

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Assistante sociale, neuropsychologue, psychologue, diététicienne

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non concerné
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

9/ Les séances de rééducation/réadaptation ont-elles été respectées ? Si non, préciser le motif dans les « commentaires généraux ». OUI NON

10/ Estimez-vous avoir reçu suffisamment d'information concernant vos traitements médicaux ? OUI NON

11/ Lorsque vous exprimiez vos souhaits, vous êtes-vous senti(e) écouté(e) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12/ Qu'avez-vous pensé du comportement du personnel pendant les soins ? (amabilité et politesse)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13/ Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge de votre douleur ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non concerné
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

14/ Si vous avez bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle, en avez-vous été satisfait (e) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non concerné
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

15/ Votre régime alimentaire a-t-il été respecté ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non concerné
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

16/ Si vous avez bénéficié d'une prise en charge en éducation thérapeutique, comment évaluez-vous la prise en charge ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non concerné
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

17/ Avez-vous été satisfait(e) de l'organisation et de la préparation de votre de sortie ? (conseils en aide matérielle et humaine)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18/ Avez-vous remarqué un manque d'hygiène des mains des professionnels ? OUI NON

Si oui, précisez dans quelle unité : soins rééducation cuisines

HOTELLERIE, CONFORT ET TEMPS LIBRE

18/ Avez-vous été satisfait(e) du confort, de la propreté des espaces et des chambres de repos ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19/ Que pensez vous de la qualité et de la quantité des repas qui vous ont été servis ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OPINION GENERALE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Et pour finir ...

Recommanderiez-vous Bel-Air ?

oui

non

Commentaires généraux :

Vos retours seront pris en compte et analysés par la CDU (commission des usagers).

L'ensemble des professionnels de Bel-Air vous remercie pour votre contribution !

Merci

Quelques jours après votre sortie, vous êtes susceptibles de recevoir un questionnaire e-Satis par mail. N'hésitez pas à le compléter pour améliorer les conditions d'accueil et nos prises en charge.

