

# 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 :

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

## VOS DROITS

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,  OUI  NON préciser le motif dans les « commentaires généraux ».

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

Recommanderiez-vous Bel-Air ?

 OUI NON

## Votre expérience

Par rapport à mes attentes à mon arrivée, je considère que les soins sont :

 mieux aussi bien moins bien

Comment vous sentez vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?

.....

.....

.....

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 !

*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.*

