

# QUESTIONNAIRE DE SORTIE



## Que pensez-vous de votre hôpital ?

Soucieux de toujours améliorer nos prestations, nous vous remercions de l'aide que vous nous apportez en nous faisant part de vos appréciations.

Satisfaisant	Assez satisfaisant	Non satisfaisant	Sans opinion
--------------	--------------------	------------------	--------------

### L'ACCUEIL

#### 1 - L'accueil aux urgences



L'attente aux urgences (préciser la durée approximative = ..... mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des informations données sur cette attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2 - L'accueil au bureau des admissions

Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La discrétion de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### 3 - L'accueil dans le service

La qualité des informations pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'installation dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DANS LE SERVICE DE SOINS



La disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai de réponse aux appels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des informations données (examens, déroulement des soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'identification de vos interlocuteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La discrétion et le respect de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA DOULEUR

L'attention portée à votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'efficacité de son soulagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SI VOUS AVEZ PASSÉ UNE RADIO DURANT VOTRE SÉJOUR

Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### SI VOUS AVEZ ÉTÉ EN CONSULTATION DURANT VOTRE SÉJOUR

Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfaisant	Assez satisfaisant	Non satisfaisant	Sans opinion
--------------	--------------------	------------------	--------------

## L'HÔTELLERIE

### 1 - La chambre



- La propreté
- Le calme
- Le confort
- Le téléphone
- La télévision

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 2 - Les repas



- La qualité
- La présentation
- Les horaires
- La température

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## LA PRESTATION QUE VOUS AVEZ REÇUE AU CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY

Globalement, vous la trouvez

## POURQUOI AVEZ-VOUS CHOISI LE CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin y exerçant             | <input type="checkbox"/> Conseil de l'entourage                |
| <input type="checkbox"/> Avis de votre médecin traitant | <input type="checkbox"/> Proximité géographique                |
| <input type="checkbox"/> Arrivée en urgence             | <input type="checkbox"/> Séjour antérieur dans l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Renommée du service            | <input type="checkbox"/> Si autre, précisez                    |

## CONSEILLERIEZ-VOUS CET ÉTABLISSEMENT À VOTRE ENTOURAGE ?

Oui  Non



## DURANT VOTRE SÉJOUR :

- Quel est le point qui vous a le plus satisfait ? .....

- Quel est le point qui vous a le moins satisfait ? .....

## QUELLES REMARQUES POURRIEZ-VOUS FORMULER POUR NOUS PERMETTRE DE MIEUX RÉPONDRE À VOS ATTENTES ?

.....

.....

**SERVICE :** ..... **Date d'hospitalisation :** .....

Nom\* : .....

Age\* : .....

Adresse\* : .....

\* Facultatif



Ce questionnaire est à remettre avant votre sortie au personnel de votre service, aux Admissions ou à renvoyer à la Direction à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier d'Orsay - Service Communication - B.P 27 - 91401 ORSAY Cedex