

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Pour permettre d'améliorer la qualité de nos prestations, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire. Vous pouvez le compléter en ligne sur notre site internet : www.ch-saint-tropez.fr ou le remettre rempli lors de votre sortie au Cadre de Santé ou dans la boîte aux lettres réservée à cet effet (dans le hall d'accueil), ou l'adresser par courrier à : Direction- Centre Hospitalier de Saint-Tropez - 1508 Route Départementale 559-83580 GASSIN

VOUS	VOTRE SEJOUR
Age : ans	Vous êtes entré par les Urgences : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Vous étiez : <input type="checkbox"/> En Médecine
Code postal de votre domicile :	<input type="checkbox"/> en Maternité
	<input type="checkbox"/> A l'hôpital de jour
	<input type="checkbox"/> En hospitalisation aux urgences



COMMENT AVEZ-VOUS APPRECIÉ...

Votre accueil

Votre arrivée à l'hôpital

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Signalisation des services | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Accessibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La qualité de l'accueil

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Au Bureau des Entrées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A l'accueil des urgences | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En unité de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Non concerné

Votre séjour

Votre chambre

particulière double

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Le confort hôtelier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Le bruit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vos repas

- | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. La qualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Le choix | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La quantité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La variété | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les soins prodigués

Prise en charge par l'IGU (Infirmière Gériatrique aux Urgences)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. L'écoute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Accompagnement adapté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |


Votre prise en charge par le médecin

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. L'écoute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La rapidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. L'efficacité des soins pendant votre séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Prise en charge de votre douleur

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. L'évaluation régulière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Le soulagement de la douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Non concerné

 Tournez la page pour la suite du questionnaire



L'information médicale

Maladie/Diagnostic

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Les explications médicales vous ont paru | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Votre consentement a été recherché | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les Examens laboratoire radiologie

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Les explications vous ont paru | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Transmission des résultats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Non concerné

Le traitement médicamenteux

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Les explications vous ont paru | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Prise en compte de votre traitement habituel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vos relations avec les équipes soignantes

En général

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. La présentation (identité, fonction) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. L'écoute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. L'amabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La disponibilité

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Du kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. De l'assistant social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. De la psychologue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Du brancardier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. De la diététicienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Non concerné

Votre sortie

Organisation

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. La préparation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. L'information sur votre traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Coordination

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Transmissions au médecin traitant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Prescriptions de sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Information sur l'accès au dossier médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Non concerné

Fiche de bon usage de votre médicament anticoagulant

Si une fiche de bon usage sur les anticoagulants vous a été remise, avez-vous trouvé ce support intéressant pour sécuriser l'administration de votre médicament anticoagulant en sortie d'hospitalisation ?

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

Non concerné

Opinion globale

Note globale sur 10 pour la qualité des prestations (☹ 0 et ☺ 10) :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Remarques et suggestions