



# ENQUÊTES DE SORTIE

A remplir et à donner au service admission ou au cadre infirmier  
ou à remplir en ligne avec le QR code ci-contre



Nom et prénom du patient (facultatif) : .....

Service d'hospitalisation : .....

Hospitalisation complète  | Hôpital de jour

N° de chambre : .....



## L'ACCUEIL

### 1. Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli(e) ont été :

- |  |           |                          |         |                          |          |                          |           |
|--|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|
| 1.1. Lors des formalités administratives : <input type="checkbox"/>  | Excellent | <input type="checkbox"/> | Correct | <input type="checkbox"/> | Passable | <input type="checkbox"/> | Mauvaises |
| 1.2. Dans votre service d'hospitalisation : <input type="checkbox"/> | Excellent | <input type="checkbox"/> | Correct | <input type="checkbox"/> | Passable | <input type="checkbox"/> | Mauvaises |

### 1.3. Les informations apportées par le livret d'accueil vont ont parues :

- |                          |           |                          |         |                          |          |                          |           |
|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Excellent | <input type="checkbox"/> | Correct | <input type="checkbox"/> | Passable | <input type="checkbox"/> | Mauvaises |
|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|

Observations : .....

## LES SOINS

### 2. Au cours de votre séjour, votre prise en charge vous a semblé :

- |  |           |                          |         |                          |          |                          |          |
|--|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| 2.1. Par le personnel soignant : <input type="checkbox"/>            | Excellent | <input type="checkbox"/> | Correct | <input type="checkbox"/> | Passable | <input type="checkbox"/> | Mauvaise |
| 2.2. Par les rééducateurs (Ergo, kiné...) : <input type="checkbox"/> | Excellent | <input type="checkbox"/> | Correct | <input type="checkbox"/> | Passable | <input type="checkbox"/> | Mauvaise |

Observations : .....

### 2.3. La prise en charge de votre douleur vous a semblé :

- |                          |           |                          |         |                          |          |                          |          |
|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Excellent | <input type="checkbox"/> | Correct | <input type="checkbox"/> | Passable | <input type="checkbox"/> | Mauvaise |
|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

## INFORMATIONS - RELATIONS

### 3. Les informations données ont été :      Excellent      Correct      Passable      Mauvaises

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 Par l'équipe médicale : <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Par l'équipe soignante : <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Par les rééducateurs : <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Par les secrétaires médicales : <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 Par le personnel administratif : <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3.6 Vos relations et celles de votre famille avec le personnel vous ont paru :

- |                          |           |                          |         |                          |          |                          |           |
|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Excellent | <input type="checkbox"/> | Correct | <input type="checkbox"/> | Passable | <input type="checkbox"/> | Mauvaises |
|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|

Observations : .....

## LES CONDITIONS MATERIELLES

### 4. Selon les critères ci-dessous, quels jugements portez-vous sur les conditions de votre séjour ?

	Excellent	Correct	Passable	Mauvais
--	-----------	---------	----------	---------

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 Le respect de votre personne et de vos biens :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 L'environnement :                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Les horaires :                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Votre chambre et le matériel mis à disposition : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 La propreté des locaux et du matériel :          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 L'orientation dans l'établissement :             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.7 Avez-vous été incommodé(e) par le bruit ?  Oui  Non

Observations :.....

## LA RESTAURATION

### 5. Les repas confectionnés dans l'établissement ont-ils répondu à votre attente ? Non concerné par les repas

- |                                      |                              |                              |                                       |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 5.1 En qualité gustative :           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| 5.2 En qualité de service :          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| 5.3 En quantité :                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| 5.4 En température :                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| 5.5 En variété des menus :           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| 5.6 En horaire de distribution :     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                       |
| 5.7 En cas de besoins alimentaires : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non concerné |

Observations :.....

## INFORMATIONS

### 6. Avez-vous connaissance de la nature et du montant des dépenses engagées par l'établissement, pour répondre à ses missions de soins et d'hébergement (personnel, soins, alimentation...) ?

Totalement  En grande partie  Partiellement  pas du tout

6.1 Souhaiteriez-vous avoir des informations plus précises sur ce thème ?  Oui  Non

## APPRECIATION DE L'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR

### 7. Au moment de quitter le Centre, votre appréciation d'ensemble sur votre séjour est :

Excellente  Bonne  Passable  Mauvaise

Observations :.....  
.....  
.....

Merci de votre participation !

Nous vous invitons également à remplir, si vous le souhaitez, le questionnaire pour la HAS (Haute Autorité de Santé)

