



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 : ☐ Excellentes ☐ Correctes ☐ Passables ☐ Mauvaises

1.2. Dans votre service d'hospitalisation : ☐ Excellentes ☐ Correctes ☐ Passables ☐ Mauvaises

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

☐ Excellentes ☐ Correctes ☐ Passables ☐ Mauvaises

Observations :

LES SOINS

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

2.1. Par le personnel soignant : ☐ Excellente ☐ Correcte ☐ Passable ☐ Mauvaise

2.2. Par les rééducateurs (Ergo, kiné...) : ☐ Excellente ☐ Correcte ☐ Passable ☐ Mauvaise

Observations :

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

☐ Excellente ☐ Correcte ☐ Passable ☐ Mauvaise

INFORMATIONS - RELATIONS

3. Les informations données ont été :

	Excellentes	Correctes	Passables	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 :

☐ Excellentes ☐ Correctes ☐ Passables ☐ Mauvaises

Observations :

LES CONDITIONS MATERIELLES

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

	Excellentes	Correctes	Passables	Mauvaises
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)

