



# Questionnaire de sortie

Questionnaire complété par :  Le patient     Le patient avec un proche     Un parent ou un proche

Service :  SSR     Médecine

Date de sortie (prévue) :

## VOTRE ARRIVEE A L'HOPITAL :

	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait
L'accueil au bureau des entrées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil dans le service :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le livret d'accueil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOS RELATIONS AVEC L'EQUIPE

Le personnel s'est-il présenté ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous identifié clairement les fonctions des personnels du service ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait
La disponibilité du personnel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec les médecins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos relations avec l'équipe soignante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LA QUALITE DES SOINS REÇUS :

	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait
Les soins reçus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information donnée sur votre état de santé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LA DOULEUR :

Avez-vous eu des douleurs pendant l'hospitalisation :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait
Si oui la prise en charge de la douleur est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE ENVIRONNEMENT :

Très satisfait  
et satisfait

Moyennement  
Satisfait

Peu ou pas  
satisfait

### Votre chambre et son environnement :

Le confort de votre chambre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité du linge :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme et le silence :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Les services proposés : (Si vous avez choisi d'en bénéficier)

La télévision :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le téléphone :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Les repas :

La qualité des repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température des plats :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La variété des menus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires des repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Les visites :

Les conditions d'accès et de stationnement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires de visite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## VOTRE SORTIE :

A-t-elle été préparée avec vous et / ou votre entourage ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été prévenu(e) à temps ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

---

## VOS IMPRESSIONS GENERALES SUR L'HOPITAL :

Le recommanderiez-vous à un proche ?

Oui

Non

Dans l'ensemble, êtes-vous :

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas satisfait

Vos suggestions et attentes :

---

---

---