



Questionnaire de sortie

Centre Hospitalier Bon Sauveur

Etablissement Privé de Santé Mentale

BP 01 22 140 Bégard

Service des Relations avec les Usagers

Tél 02 96 45 37 02

Fax 02 96 45 37 28

Attentifs à la qualité de l'accueil et des soins dispensés au sein de notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre séjour. La réponse à ce questionnaire, anonyme si vous le souhaitez, peut être déposée dans l'urne située au Service des Relations avec les Usagers ou remise au personnel de votre unité de soins. Il est également possible de nous l'adresser par courrier.

L'ACCUEIL

Vous avez été accueilli : au Service Accueil et d'Orientation *ou* directement en unité de soins
Selon quel mode d'hospitalisation avez-vous été admis ?

Hospitalisation Libre (HL)
Hospitalisation sur Demande d'un Tiers (HDT)
Hospitalisation d'Office (HO)

S'agit-il de votre première admission au C.H. Bon Sauveur ? oui non

Avez-vous été admis par transfert d'un autre hôpital ? oui non

Avez vous séjourné dans plusieurs unités ? oui non

si oui, lesquelles ?

Etes-vous satisfait de l'accueil qui vous a été réservé dans l'établissement :

- lors des formalités administratives ?
- lors de l'arrivée au S.A.O. ?
- lors de l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation ?

	très satisfait	satisfait	pas satisfait	Ne se prononce pas
- lors des formalités administratives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lors de l'arrivée au S.A.O. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lors de l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'INFORMATION

Avez vous été bien informé sur :

- la confidentialité ?
- la désignation d'une personne de confiance ?
- la Commission des Relations avec les Usagers & de la Qualité de la prise en charge ?
- votre mode d'hospitalisation ?
- le fonctionnement de l'établissement ?
(réglement intérieur, qualité, sécurité, dépôt de valeurs, tabac)
- les informations transmises ?
- par le médecin référent ?
- par l'équipe de soins ?
- les modalités de votre sortie ?
- les modalités de suivi ?

- la confidentialité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la désignation d'une personne de confiance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la Commission des Relations avec les Usagers & de la Qualité de la prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- votre mode d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le fonctionnement de l'établissement ? (réglement intérieur, qualité, sécurité, dépôt de valeurs, tabac)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les informations transmises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- par le médecin référent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- par l'équipe de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les modalités de votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les modalités de suivi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS - LA THERAPEUTIQUE

Etes-vous satisfait

- des soins dispensés par le médecin référent ?
- des soins dispensés par l'équipe soignante de jour ?
- des soins dispensés par l'équipe soignante de nuit ?
- de l'information sur les médicaments prescrits ?
- de la distribution des médicaments prescrits ?

très satisfait	satisfait	pas satisfait	Ne se prononce pas
<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"/>

précisez

.....

Etes-vous satisfait des horaires

- des examens ? oui non
- de réveil ? oui non

- des consultations ? oui non
- des repas ? oui non

Etes vous satisfait des modalités de soins ?

(locaux, organisation, activités)

précisez

.....

- oui non

L'HÔTELLERIE

Etes-vous satisfait de votre chambre ?

- confort
- calme
- propreté
- intimité

très satisfait	satisfait	pas satisfait	Ne se prononce pas
<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"/>

Votre appréciation sur les repas

- présentation
- qualité
- quantité
- température
- respect de votre régime *(si prescrit)*

<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"/>

ET POUR CONCLURE

Etes-vous satisfait du livret d'accueil et de son contenu ?

- oui non

Globalement, votre séjour vous a-t-il convenu ?

- oui non

Vos suggestions pour améliorer la qualité de nos prestations

.....

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Sexe :

Féminin

Masculin

tranche d'âge : -18 ans 18-35 ans 35-45 ans 45-60 ans + de 60 ans

Durée de séjour (jours) - de 15j 15 à 30 j 31 à 90 j + de 90 j

Unité(s) d'hospitalisation :

FACULTATIF

NOM :

Prénom :