

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé dans l'un des services des Hôpitaux des Portes de Camargue, votre avis nous intéresse.

Ce questionnaire anonyme, ne vous prendra que quelques minutes. Vos réponses sont importantes, elles permettront d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et aux résidents de notre établissement.

Vous pouvez remettre ce questionnaire avant votre sortie au cadre du service ou au personnel soignant, ou l'envoyer après votre sortie par courrier à l'adresse suivante :

Direction Qualité

Hôpitaux des Portes de Camargue - Route d'Arles - 13150 Tarascon

Ce questionnaire peut également être complété en ligne via le lien suivant :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfdZtwvAtgT7mepGopdv8GVnfrR26in9oNRZkWVzQlqfrGcmg/viewform?usp=sf_link

Par avance, merci de votre participation.

La Direction

Date du jour : _____ / _____ / 20_____

Vous avez été hospitalisé dans le service de :

SSR Nord Tarascon (2^{ème} étage) **SSR Sud** Tarascon (1^{er} étage) **SSR Beaucaire**






Ce questionnaire est rempli par :

Le patient Un parent ou un proche Le patient avec un parent ou un proche

Si vous êtes un parent ou un proche, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même.

Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?

Veillez cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction. Si vous n'êtes pas concerné par la question cochez la case « Non concerné » (NC).

| Excellent | Bon | Moyen | Faible | Mauvais | Non concerné |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|  |  |  |  |  | |

Votre accueil

Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission ?

Que pensez-vous de l'identification du personnel (badge, présentation, ...) ?






Lors de votre arrivée, vous a-t-on remis un livret d'accueil (entourez la bonne réponse) ?

Si oui, que pensez-vous de son contenu (était-il clair et compréhensible) ?

| | | | | | |
|------------|--|--|------------|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| Oui | | | Non | | |
| | | | | | |






Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?






Veuillez cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction. Si vous n'êtes pas concerné par la question cochez la case Non concerné (NC).

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Tout à fait satisfait  | Satisfaisant  | Plutôt satisfait  | Partiellement satisfait  | Insatisfait  | Non concerné |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

Votre prise en charge

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|--|---------------|--|--|
| Êtes-vous satisfait des informations reçues sur votre santé, votre traitement, vos soins, etc... ? | | | | | | |
| L'écoute de la part de l'équipe médicale et soignante était-elle satisfaisante ? | | | | | | |
| L'aide reçue pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer,...) était-elle satisfaisante ? | | | | | | |
| Quelle est votre appréciation du délai d'attente pour avoir de l'aide de façon urgente ? | | | | | | |
| Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ? | | | | | | |
| Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ? | | | | | | |
| La prise en charge de la douleur était-elle satisfaisante ? | | | | | | |
| Lors de votre séjour, avez-vous noté un ou plusieurs aspects ayant créé un inconfort ? Si oui, veuillez préciser : | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |
| La prise en charge de ces inconforts était-elle satisfaisante ? | | | | | | |
| Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service ? | | | | | | |
| Si vous aviez une prise en charge rééducative (ergothérapeute, kinésithérapeute,...), en êtes-vous satisfait ? | | | | | | |
| Le confort de la chambre et la qualité des repas | | | | | | |
| Vous étiez dans une chambre (entourez la bonne réponse) ? | Simple | | | Double | | |
| Êtes-vous satisfait du confort de votre chambre ? | | | | | | |
| Êtes-vous satisfait de la propreté de votre chambre ? | | | | | | |
| Êtes-vous satisfait des horaires de visite ? | | | | | | |
| Êtes-vous satisfait de la qualité des plats proposés ? | | | | | | |
| Êtes-vous satisfait de la quantité des plats proposés ? | | | | | | |
| Globalement, quelle est votre appréciation sur le confort (chambre et repas) lors de votre prise en charge ? | | | | | | |

| | Tout à fait satisfait  | Satisfaisant  | Plutôt satisfait  | Partiellement satisfait  | Insatisfait  | Non concerné |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L'organisation de votre sortie | | | | | | |
| Êtes-vous satisfait de la façon dont votre sortie a été organisée (date de sortie, la destination à la sortie,...) ? | | | | | | |
| Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ? <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie <input type="checkbox"/> Non, aucune information ne m'a été donnée <input type="checkbox"/> Oui, j'ai reçu les informations nécessaires | | | | | | |
| Opinion générale sur votre séjour | | | | | | |
| Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie) ? | | | | | | |

| | Oui tout à fait  | Plutôt oui  | Je ne sais pas  | Plutôt non  | Non pas du tout  | Non |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| En cas de nouvelle hospitalisation, ou entrée en maison de retraite retiendriez-vous cet établissement ? | | | | | | |

Pour aller plus loin, avez-vous des commentaires ou suggestions pour améliorer la qualité de votre séjour hospitalier?