

# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Evaluation de la satisfaction des patients

Afin de répondre à vos besoins et à ceux des futurs patients du Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous. Vos suggestions aideront à améliorer la qualité des prestations.

Cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :  
(pas de couleur et crayon à papier)



Pour chaque question, cochez la réponse qui correspond à votre niveau de satisfaction :



## I- Exprimez votre niveau de satisfaction sur votre arrivée à l'hôpital

	☀	☁☀	☁☔	☁⚡	?
<b>L'accueil :</b>					
- au service des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le livret d'accueil remis lors de votre arrivée</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Les délais d'attente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II- Exprimez votre niveau de satisfaction sur les soins qui vous ont été dispensés

	☀	☁☀	☁☔	☁⚡	?
<b>La disponibilité et l'écoute du personnel soignant :</b>					
- Le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La disponibilité et l'écoute des médecins</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L'information sur votre état de santé</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L'information sur les traitements et soins dispensés</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L'information de votre entourage</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La qualité des soins</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La prise en charge de la douleur</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le respect de votre vie privée et de votre intimité</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page SVP



