

Que pensez-vous de votre séjour à l'hôpital Paul Guiraud?

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez été accueilli au groupe hospitalier Paul Guiraud. Dans le souci d'améliorer la qualité de nos prestations, nous souhaiterions connaître vos impressions sur votre séjour.

Nous vous serions donc reconnaissants de remplir ce questionnaire et de nous le retourner dans l'enveloppe T jointe ou en le remettant au personnel soignant avant votre départ.

VOTRE ACCUEIL A L'HOPITAL

Quelle a été votre impression générale sur l'établissement lors de votre arrivée ?

- Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

Quelle a été votre impression sur l'accueil du personnel ?

- Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

VOS SOINS

Que pensez-vous de la prise en charge médicale ?

- Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Que pensez-vous de la prise en charge par le personnel soignant (infirmiers, aides-soignants)

- Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

VOTRE INFORMATION ET VOS DROITS

Etes-vous satisfait des informations qui vous ont été données sur les modalités de votre hospitalisation et sur vos droits ?

- Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Etes-vous satisfait des informations qui vous ont été données sur votre état de santé et sur votre traitement ?

- Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Avez-vous reçu le livret d'accueil ?

- Oui Non

LA QUALITE HÔTELIERE

Etes-vous satisfait :

du confort et de l'accessibilité des locaux ?

- Très satisfait(e)** **Satisfait(e)** **Peu satisfait(e)** **Pas du tout satisfait(e)**

de la propreté de votre chambre et des sanitaires ?

- Très satisfait(e)** **Satisfait(e)** **Peu satisfait(e)** **Pas du tout satisfait(e)**

de la qualité des repas ?

- Très satisfait(e)** **Satisfait(e)** **Peu satisfait(e)** **Pas du tout satisfait(e)**

Etes-vous satisfait de la manière dont le linge a été entretenu ?

- Très satisfait(e)** **Satisfait(e)** **Peu satisfait(e)** **Pas du tout satisfait(e)**

Etes-vous satisfait de l'organisation du service par rapport au tabac ?

- Très satisfait(e)** **Satisfait(e)** **Peu satisfait(e)** **Pas du tout satisfait(e)**

AU MOMENT DE VOTRE DEPART

Globalement, êtes-vous satisfait de votre séjour ou de votre prise en charge ?

- Très satisfait(e)** **Satisfait(e)** **Peu satisfait(e)** **Pas du tout satisfait(e)**

Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous ?

- Beaucoup mieux** **Mieux** **Pareil** **Moins bien**

Lors de votre arrivée, votre hospitalisation s'est faite...

- En hospitalisation libre avec votre consentement** **sans votre consentement**

Est-ce votre première hospitalisation dans l'établissement ?

- Oui** **Non**

Combien de temps avez-vous été hospitalisé lors de ce séjour ?

Etes-vous

- Un homme** **Une femme**

Quel est votre âge ?

Vous avez rempli ce questionnaire ?

- Seul** **Avec un proche** **avec l'aide d'un soignant**

Si vous avez des remarques ou des suggestions à nous faire, n'hésitez pas à nous les formuler ici

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION