

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE HOSPITALISATION TRADITIONNELLE

Vous avez bénéficié d'une hospitalisation et nous vous en remercions. Nous souhaitons alors recueillir votre expérience patient.

Vous pourrez déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet, le retourner par courrier au service patientèle de l'hôpital ou par courriel à patientele@15-20.fr



Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :



Correct



Incorrect

- Votre âge <20 ans 20 à 60 ans >60 ans
- Date de votre séjour
- Mode d'arrivée Programmé Urgence
- Lieu de séjour 5B 5A-PIO
- Comment vous a-t-on remis les documents pré-opératoires ? Sur place Par courrier Jamais reçus
- Les avez-vous lus ? Oui Non
- Les informations sont-elles suffisantes? Oui Non
- La fiche de consentement vous a été remise et expliquée? Oui Non
- Votre hospitalisation a-t-elle été reportée? Oui Non
- Si oui, combien de fois ? 1 2 Plus
- Cause du report A la demande du patient A la demande de l'hôpital Cause extérieure

SATISFACTION GLOBALE

Recommanderiez-vous le CHNO des Quinze-Vingts Oui Non

Vous êtes-vous senti(e) en confiance? Oui Non

Quelle est votre satisfaction globale sur votre prise en charge ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Un commentaire, une remarque ?



VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

HOSPITALISATION TRADITIONNELLE

L'ADMISSION



Contact avec le service des RV opératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge aux urgences (si urgence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations orales données lors de la prise de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations écrites pour préparer votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation d'anesthésie (accueil, informations et contact avec le médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact avec le service des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE SEJOUR



Informations et orientation à votre arrivée à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge médicale (informations et contact avec le médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge soignante (amabilité, écoute et disponibilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation des examens réalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation et dispensation des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de votre douleur (si existante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour effectuer les gestes du quotidien (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité des informations médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de votre chambre (propreté, température, bruit..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

