

Questionnaire de satisfaction - Hospitalisation

Votre avis nous intéresse afin d'améliorer la qualité de nos prestations. C'est pourquoi nous mettons à votre disposition un questionnaire anonyme destiné à recueillir vos appréciations sur l'accueil, la qualité de l'information, les soins, la prise en charge de la douleur et vos conditions de séjour.

Nous vous invitons à le télécharger (en cliquant sur l'image ci dessous) et à nous le renvoyer complété à cette adresse :

Service Qualité Gestion des Risques

Bd Maréchal Juin, 83400 Hyères

 [Questionnaire à télécharger](#)

HOSPITALISATION				
VOTRE AVIS NOUS INTERESSE				
<small>Ce questionnaire est transmis à la Direction du Centre Hospitalier de Hyères. Nous vous remercions de votre précieux concours.</small>				
<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Médecine polyvalente A et B	<input type="checkbox"/> Médecine polyvalente C	
<input type="checkbox"/> Court Séjour Gériatrique (CSG)	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)	<input type="checkbox"/> Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU)	<input type="checkbox"/> Unité Hépatogastro-Entérologie (HGE)	
<input type="checkbox"/> Unité de Surveillance Continue (USC)	<input type="checkbox"/> Unité Chirurgicale Polyvalente (UCP)	<input type="checkbox"/> Unité de Chirurgie de Semaine (UCS)		
DROITS ET INFORMATIONS				
• Remise du livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
• Personne de confiance :				
- Explications données	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
- Désignation faite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
• Directives anticipées :				
- Explications données	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
- Proposition de rédaction	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
• Explications sur le traitement et les soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
• Demande de consentement pour les traitements et examens prescrits	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
				 ?
	<small>Très satisfait</small>	<small>Satisfait</small>	<small>Non satisfait</small>	<small>Très non satisfait</small>
				<small>Non concerné</small>
SI VOUS ETES PASSE(E) PAR LES URGENCES OU LE COJUP				
• Satisfaction globale des urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT				
• Qualité de l'accueil administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité de l'accueil par les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité des informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRISE EN CHARGE				
• Qualité de la prise en charge par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Qualité de la prise en charge par le personnel soignant (infirmier, aide-soignant...)	<input type="checkbox"/>				
• Prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>				
• Respect de votre intimité durant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>				
• Informations données aux familles	<input type="checkbox"/>				
PRESTATIONS HOTELIÈRES/LOCAUX					
• Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				
• Confort des chambres	<input type="checkbox"/>				
• Qualité de la restauration	<input type="checkbox"/>				
• Signalisation, repérage des lieux	<input type="checkbox"/>				
SORTIE					
• Explications sur le traitement et les soins à poursuivre	<input type="checkbox"/>				
• Informations sur les conditions de sortie (jour, heure, mode de transport, formalités administratives)	<input type="checkbox"/>				
• Respect des modalités de sortie	<input type="checkbox"/>				
GLOBAL					
• Appréciation globale	<input type="checkbox"/>				
• Recommandation du service à votre entourage	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Questionnaire de sortie – Services d'hospitalisation
ENR 10240 - V.2 - Juin 2020
Des observations / suggestions ? Un espace vous est proposé au verso
Page 1 sur 2

[^ HAUT DE LA PAGE](#)

+33 (0)4 94 00 24 00
Nous contacter par courriel