



# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

En répondant à ce questionnaire, vous nous aidez à améliorer nos prestations, ainsi que la qualité de l'accueil et des soins des futurs patients. Il sera exploité par la cellule qualité. À votre sortie, vous pouvez le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'entrée de chaque service ou le remettre à un membre de l'équipe soignante.

Merci de votre participation  
La Direction

Nom Prénom : (Facultatif) \_\_\_\_\_ Chambre n° : \_\_\_\_\_

## Votre SERVICE de soins

- Médecine     Soins de Suite Polyvalents (SSP)  
 Chirurgie ambulatoire (UCA)  
 Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)     Urgences

## Votre ACCUEIL

- Que diriez-vous de l'accueil que vous avez reçu **au Bureau des Entrées** ?

- Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

- Que diriez-vous de l'accueil que vous avez reçu à votre arrivée **dans le service de soins** ?

- Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

- Avez-vous reçu des **explications** à propos du **livret d'accueil** ?

- Je n'ai pas reçu le livret d'accueil patient  
 Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

## Votre passage par le service des URGENCES

**Je ne suis pas passé(e) par les Urgences**

Que diriez-vous de l'accueil que vous avez reçu à votre arrivée **aux Urgences** ?

- Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas du tout satisfaisant

Quel a été votre **délai d'attente** au service des **Urgences** ?

- Moins d'1 heure     entre 1h et 2h     + de 2 heures     Je ne sais pas

## Votre INFORMATION

Avez-vous reçu des **explications** à propos de votre état de santé et de votre prise en charge (**médicaments, soins, ...**) ?

- Toujours     Souvent     Parfois     Jamais

Avez-vous été obligé(e) de **les demander** ?

- Jamais     Parfois     Souvent     Toujours

## La DISPONIBILITE du personnel

Si vous aviez eu besoin d'aide pour les activités courantes (**vous laver, aller aux toilettes, manger...**) :

**Je n'ai pas eu besoin d'aide**

- **l'avez-vous obtenue ?**     Toujours     Souvent     Parfois     Jamais  
- **sous quel délai ?**     Sans attendre     En attendant peu     En attendant longtemps

## Votre DOULEUR

Vous a-t-on demandé pendant votre séjour si vous aviez des **douleurs** ?

- Oui     Non

Si oui, le traitement mis en place vous-a-t-il **soulagé(e)** ?

- Oui     Non     Pas de douleur(s)

