

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION – MCO CA

Le personnel de l'hôpital de Wissembourg vous sollicite pour remplir ce questionnaire de sortie. Il nous permettra de juger de votre niveau de satisfaction durant votre séjour dans notre établissement. Les réponses obtenues, vos suggestions et vos remarques nous permettront d'améliorer encore la qualité des soins et les prestations.

Le personnel se tient à votre disposition, si besoin, pour vous aider à remplir le questionnaire. Merci d'avance pour le temps que vous y consacrerez.

- Mois où vous avez été hospitalisé(e)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ce questionnaire est rempli par :

<input type="checkbox"/> Le patient	<input type="checkbox"/> Un parent ou un proche
<input type="checkbox"/> Le patient avec un membre du personnel	
- Vous avez choisi notre hôpital parce que :

<input type="checkbox"/> Votre médecin (généraliste / spécialiste) vous l'a conseillé
<input type="checkbox"/> L'hôpital a bonne réputation
<input type="checkbox"/> Vous habitez à proximité de l'hôpital
<input type="checkbox"/> Vous étiez satisfait d'une hospitalisation antérieure
<input type="checkbox"/> Un proche (membre de la famille, ami) vous l'a recommandé
<input type="checkbox"/> Autre(s), à préciser : _____

AVANT VOTRE HOSPITALISATION POUR VOTRE OPERATION

- | | Oui | Non | Je ne m'en souviens plus |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Avez-vous reçu des informations sur : | | | |
| - la nécessité d'une personne pour vous accompagner lors de votre retour à domicile ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - votre opération (horaires d'admissions, consignes de jeûne, ...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vous a-t-on remis une prescription de médicaments pour soulager une éventuelle douleur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous été contacté par l'établissement pour vous rappeler les consignes avant votre opération ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous reçu un passeport ambulatoire / livret d'accueil / document d'information concernant votre opération ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ETES-VOUS SATISFAIT(E) ...



- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • De la clarté des informations qui vous ont été données sur : | | | | | |
| - le diagnostic et le(s) motif(s) de votre opération ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - le déroulement de votre prise en charge (<i>heure d'arrivée, documents à apporter, déroulement une fois sur place</i>) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - les complications possibles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Des réponses apportées à vos questions / craintes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE JOUR DE VOTRE OPERATION

ETES-VOUS SATISFAIT(E) ...



- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • De l'accessibilité jusqu'au service (transport, parking, signalétique, accès) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • De votre accueil : | | | | | |
| - au service des admissions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - dans le service ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • De l'identification (présentation, badge, ...) des professionnels ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





LA PRISE EN CHARGE PENDANT VOTRE HOSPITALISATION

- De l'attente avant votre opération
- De la disponibilité des professionnels qui vous ont pris en charge
 - dans le bloc opératoire ?
 - dans le service ?
- De la prise en compte de votre douleur
- Du respect de votre intimité et de votre dignité ?
- Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?

LA CHAMBRE ET LES REPAS / COLLATION

- De votre chambre (confort, calme, propreté) ?
- Du repas / collation qui vous a été servi ?

L'ORGANISATION DE LA SORTIE

- De la façon dont votre sortie a été organisée?
- Du délai d'attente pour voir le médecin avant de sortir ?
- De la clarté des informations qui vous ont été données sur :
 - Les soins ou traitements à poursuivre à votre domicile ?/après votre sortie ?
 - Les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'établissement en urgence ?
 - Le suivi après votre sortie ?

APRES VOTRE SORTIE / DE RETOUR A VOTRE DOMICILE

- La qualité du contact par l'établissement entre 1 et 3 jours après votre sortie, *ne répondre que si vous avez été contacté(e)*
- La qualité des réponses apportées lors de votre appel au numéro d'urgence, *ne répondre que si vous avez appelé le numéro d'urgence remis à votre sortie*

VOTRE APPRECIATION GLOBALE DU SEJOUR

Avez-vous été informé(e) :

- de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement? Oui Non Ne sais pas
- de la possibilité de désigner une personne de confiance ? Oui Non Ne sais pas
- de la possibilité de formuler vos directives anticipées ? Oui Non Ne sais pas

AVEZ-VOUS D'AUTRES COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS A FORMULER ?

Merci de faire parvenir ce questionnaire à la Direction du Centre Hospitalier :

- Soit en le remettant dans l'urne du service ou de l'unité où vous avez été hospitalisé(e)
- Soit en le remettant au Cadre de santé du service ou de l'unité
- Soit en l'adressant directement à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier
24 Route de Weiler
67166 WISSEMBOURG

