



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

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

Questionnaire de sortie – Services d'hospitalisation
 ENR 10240 - V.2 - Juin 2023

Des observations / suggestions ? Un espace vous est proposé au verso
 Page 1 sur 2

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