

# QUESTIONNAIRE DE SORTIE HOSPITALISATION COMPLETE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre prise en charge à la **Clinique de Marignane** se termine. Dans un souci permanent d'amélioration de nos prestations, la Direction et les Professionnels de santé vous sont reconnaissants de remplir ce questionnaire lors de votre sortie.

Nous vous remercions par avance de le déposer dans la(les) boîte(s) identifiée(s) à cet effet dans le hall d'accueil ou dans le service de soins, afin de respecter la confidentialité des informations recueillies.

**Nous vous remercions pour votre collaboration.**

Votre nom et prénom (facultatifs) : .....

Date : ...../...../.....

Votre entrée était :  programmée  non programmée / en urgence

Votre service d'hospitalisation :  Chirurgie  Médecine  Unité de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC)

Unité de Surveillance Continue (USC) Numéro de chambre : .....

Pour chaque question, nous vous proposons quatre niveaux de réponses, cochez celui qui correspond à votre choix :



: Très satisfait



: Satisfait



: Peu satisfait



: Insatisfait

« NC » : non concerné

Avez-vous reçu un livret d'accueil ? .....  Oui  Non



NC

Si oui, votre opinion sur la qualité des informations contenues dans le livret.....

Votre opinion sur le site Internet de la Clinique ? .....

## 1. La préparation de votre hospitalisation

Qualité des informations données lors de la consultation avec le chirurgien .....

Qualité des informations données lors de la consultation de pré-anesthésie .....

## 2. Votre accueil et votre admission à la Clinique

Qualité de la signalétique (orientation) .....

Si vous avez un handicap, êtes-vous satisfait de l'aménagement de la clinique ? .....

Accueil et amabilité du personnel administratif (accueil, entrées, sorties).....

Qualité des informations données à la pré-admission / admission.....

Attente lors de votre admission à la clinique .....

## 3. Votre prise en charge dans le service de soins

Accueil dans votre service d'hospitalisation .....

Qualité des informations sur votre état de santé .....

Participation aux décisions concernant vos soins .....

Qualité des informations sur les traitements médicamenteux .....

Coordination des soins entre les médecins et le personnel soignant.....

Qualité des soins et disponibilité du personnel soignant de jour .....

Qualité des soins et disponibilité du personnel soignant de nuit .....

Identification du personnel soignant (tenue, badge).....

## 4. Votre passage au bloc opératoire

Accueil et amabilité des brancardiers lors du transfert .....

Accueil et amabilité du personnel du bloc .....

Attente au bloc opératoire .....

Votre prise en charge en salle de réveil .....

## 5. Prise en charge de la douleur

Si vous aviez des douleurs à votre arrivée, les a-t-on pris en charge ? .....  Oui  Non  NC

Durant votre séjour, à quel moment avez-vous eu des douleurs

au repos  à la mobilisation  lors des actes de soins  la nuit  Non Concerné

Êtes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur :

• Le jour.....

• La nuit.....

Au moment de votre sortie, ressentez-vous une douleur ? .....

• Si oui, à combien sur une échelle de 0 (douleur minimale) à 10 (douleur maximale) ? \*  Oui  Non

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**6. Vos examens complémentaires (biologie, imagerie médicale)**     NC

Qualité des informations sur les examens .....

Conditions de réalisation de l'examen biologique .....

Attente au service d'imagerie .....

Condition de réalisation de l'examen d'imagerie .....

**7. Le respect de vos droits**     NC

Respect de votre intimité / dignité .....

Respect de vos croyances / convictions .....

Respect de la confidentialité de vos informations (personnelles, médicales et sociales) .....

Qualité de l'accompagnement de vos proches / famille (hébergement, restauration) .....

Sécurité concernant vos biens et vos effets personnels .....

**8. Votre opinion sur le service hôtelier**     NC

Amabilité du personnel hôtelier (nettoyage, repas)

• **Chambre**

Confort et aménagement de la chambre .....

Propreté de la chambre .....

Qualité de l'équipement (lits, tablettes, sonnette...) .....

Qualité des prestations annexes (téléphone, télévision, wifi) .....

Qualité du linge .....

Respect du calme nécessaire à votre repos .....

• **Repas**

Variété des menus .....

Quantité des plats .....

Qualité des plats .....

Température des plats .....

Respect de votre régime alimentaire .....

Qualité des informations données par la diététicienne/l'hôtesse .....

**9. Votre sortie**     NC

Qualité de l'organisation de votre sortie (date, destination...) .....

Qualité des informations sur votre sortie (numéro de téléphone à contacter si besoin, documents de sortie) .....

**10. Votre appréciation générale**    

Avis global sur votre séjour .....

Recommanderiez-vous notre établissement à votre entourage ? .....  Oui  Non

**Vos commentaires (positifs ou négatifs), remarques et suggestions**

**Les questionnaires seront analysés par le service qualité, les résultats seront présentés en commission, communiqués aux professionnels et affichés dans la clinique. BON RETABLISSEMENT.**