



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOSPITALISATION

Madame, Monsieur,

Votre expérience compte pour nous. En répondant à ce questionnaire, vous nous aidez à renforcer la qualité de votre prise en charge et de votre parcours de soins au Centre Hospitalier Jacques Cœur.

Merci pour votre contribution.

Le Directeur : R. FAUQUEMBERGUE

### INFORMATIONS GENERALES

Vous êtes : ☐ patient ☐ un proche /entourage

Age : ☐ 0 – 18ans ☐ 19 – 40ans ☐ 41 – 60ans ☐ 61 – 70ans ☐ + 70ans

Service de soins : .....

☐ Médecine ☐ Chirurgie ☐ Obstétrique

### VOTRE AVIS GLOBAL

❖ Merci de bien vouloir noter votre degré de satisfaction générale en entourant le chiffre sur l'échelle ci-dessous :



❖ Recommanderiez-vous l'établissement ?

☐ oui ☐ non

❖ Avez-vous reçu votre livret d'accueil ?

☐ oui ☐ non

❖ Connaissez-vous votre espace numérique santé « Mon espace santé » ? ☐ oui ☐ non

### VOTRE PARCOURS DE SOINS

N. C : non concerné(e) Pas satisfaisant Moyennement satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant



<u>ACCUEIL</u>	N. C				
Avez-vous été bien accueilli(e) à votre arrivée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les démarches d'admission ont-elles été simples ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>DROIT A L'INFORMATION</u>	N. C				
Le livret d'accueil vous-a-t-il aidé à comprendre le fonctionnement de l'hôpital et le déroulement de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les explications sur la personne confiance et sur la possibilité de rédiger des directives anticipées étaient-elles faciles à comprendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos questions sur votre état de santé, vos soins et vos examens ont-elles trouvé des réponses claires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur vos médicaments (nom, rôle, moment de prise, effets indésirables) vous ont-elles permis de bien comprendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>LES SOINS</u></b>	N. C				
Quelle est votre évaluation sur la qualité des soins reçus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les professionnels ont-ils été attentifs et à l'écoute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR</u></b>	N. C				
Votre douleur a-t-elle été prise en compte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des solutions vous ont-elles été proposées pour soulager votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>RESPECT DE L'INTIMITE ET LA DIGNITE</u></b>	N. C				
Vous êtes-vous senti(e) respecté(e) dans votre intimité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous senti(e) traité(e) avec respect et bienveillance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>PRESTATION HOTELIERE</u></b>	N. C				
La propreté de votre chambre vous-a-t-elle parue adéquate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les repas correspondaient ils à vos attentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>SORTIE</u></b>	N. C				
Avez-vous reçu les documents nécessaires à la continuité de vos soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous bien compris comment prendre vos médicaments après votre sortie ( posologie, horaire, durée de traitement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre sortie s'est-elle déroulée de façon organisée et rassurante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :**

.....

.....

.....

.....

Questionnaire à retourner à la **Direction Parcours Patient, Qualité, Usager et Gestion des Risques**  
du CH Jacques Cœur

**145 avenue François Mitterrand 18000 Bourges**

ou par mail à : **relations.usagers@ch-bourges**

Vous pouvez également nous contacter au : 02.48.48.43.05

