



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



ACCUEIL

N. C



Avez-vous été bien accueilli(e) à votre arrivée ?

Les démarches d'admission ont-elles été simples ?

DROIT A L'INFORMATION

N. C



Le livret d'accueil vous-a-t-il aidé à comprendre le fonctionnement de l'hôpital et le déroulement de votre séjour ?

Les explications sur la personne confiance et sur la possibilité de rédiger des directives anticipées étaient-elles faciles à comprendre ?

Vos questions sur votre état de santé, vos soins et vos examens ont-elles trouvé des réponses claires ?

Les informations sur vos médicaments (nom, rôle, moment de prise, effets indésirables) vous ont-elles permis de bien comprendre votre traitement ?

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

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

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

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

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

Vous pouvez également nous contacter au : 02.48.48.43.05

