

# ENSEMBLE, améliorons la qualité de votre séjour à l'hôpital

## QUESTIONNAIRE DE SORTIE PATIENT

Nous aimerions connaître votre appréciation d'ensemble sur votre séjour dans notre établissement, afin d'améliorer les prestations que nous proposons. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le remettre aux personnels du service ou de nous l'envoyer à l'adresse mentionnée au dos en bas de page.

**Vous avez été hospitalisé :** Site Paris-Saclay  Site Longjumeau  Site Grand Mesnil  Site Maison de l'Yvette

Service : ..... Période : du ..... au .....

Nom - Prénom (facultatif) : .....

### VOTRE ARRIVÉE

#### AUX URGENCES

#### AUX CONSULTATIONS



Non  
concerné

La qualité de l'accueil par :	- Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>				
	- Le personnel médical	<input type="checkbox"/>				
	- Le personnel administratif	<input type="checkbox"/>				
Le délai de prise en charge		<input type="checkbox"/>				

#### AUX ADMISSIONS

La qualité de l'accueil par le personnel administratif		<input type="checkbox"/>				
La qualité des informations fournies		<input type="checkbox"/>				
Le délai d'attente		<input type="checkbox"/>				

### VOTRE SÉJOUR DANS LE SERVICE

#### L'ACCUEIL DANS LE SERVICE

La présentation du personnel (fonction)		<input type="checkbox"/>				
La remise et la présentation du livret d'accueil		<input type="checkbox"/>				
L'inventaire de vos effets personnels		<input type="checkbox"/>				
Les informations sur la vie du service (repas, horaires de visites, locaux)		<input type="checkbox"/>				

#### L'ORGANISATION DES SOINS

Le respect de votre intimité et de votre dignité		<input type="checkbox"/>				
Les explications fournies sur votre état de santé		<input type="checkbox"/>				
Les explications fournies sur votre traitement et/ou votre intervention		<input type="checkbox"/>				
Les explications liées aux risques éventuels (complications possibles, effets indésirables liés aux médicaments...)		<input type="checkbox"/>				

#### LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT (infirmiers, aides-soignants...)

La disponibilité		<input type="checkbox"/>				
Les réponses à vos questions		<input type="checkbox"/>				
Le dialogue avec vous, votre entourage et/ou votre personne de confiance		<input type="checkbox"/>				

#### LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL MÉDICAL

La disponibilité		<input type="checkbox"/>				
Les réponses à vos questions		<input type="checkbox"/>				
Le dialogue avec vous, votre entourage et/ou votre personne de confiance		<input type="checkbox"/>				

#### L'ORGANISATION ET LA PRISE EN CHARGE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

En radiologie		<input type="checkbox"/>				
En consultations		<input type="checkbox"/>				
A l'extérieur (hors du Centre Hospitalier)		<input type="checkbox"/>				

Non  
concerné

## PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Aux Urgences	<input type="checkbox"/>				
Dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>				

## LA QUALITÉ DES PRESTATIONS

### LES CONDITIONS MATÉRIELLES

Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>				
La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>				
L'absence de nuisance sonore	<input type="checkbox"/>				
Les repas	<input type="checkbox"/>				

### LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

La télévision	<input type="checkbox"/>				
Le téléphone	<input type="checkbox"/>				
La cafétéria et/ou distributeur	<input type="checkbox"/>				
La Wifi	<input type="checkbox"/>				
Le tarif de ces services (TV, téléphone, wifi....)	<input type="checkbox"/>				

### LA SIGNALÉTIQUE

Aux abords de l'établissement	<input type="checkbox"/>				
Au sein de l'établissement	<input type="checkbox"/>				

## LA SORTIE

### L'ORGANISATION

La préparation de votre sortie (date, programmation, transport)	<input type="checkbox"/>				
La remise des documents de sortie	<input type="checkbox"/>				

### LES INFORMATIONS

L'information sur l'ordonnance	<input type="checkbox"/>				
Les informations sur votre suivi médical	<input type="checkbox"/>				

## APPRÉCIATION D'ENSEMBLE

Êtes-vous satisfait du choix de cet établissement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### VOS SUGGESTIONS ET COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci beaucoup pour votre participation à l'amélioration de nos prestations

Questionnaire à retourner au **Service Qualité**

Groupe Hospitalier Nord-Essonne - 1 parvis de l'hôpital – 91400 ORSAY

www.gh-nord-essonne.fr