

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	☐	☐	☐	☐	☐
	- Le personnel médical	☐	☐	☐	☐	☐
	- Le personnel administratif	☐	☐	☐	☐	☐
Le délai de prise en charge		☐	☐	☐	☐	☐
AUX ADMISSIONS						
La qualité de l'accueil par le personnel administratif		☐	☐	☐	☐	☐
La qualité des informations fournies		☐	☐	☐	☐	☐
Le délai d'attente		☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE SÉJOUR DANS LE SERVICE

L'ACCUEIL DANS LE SERVICE						
La présentation du personnel (fonction)		☐	☐	☐	☐	☐
La remise et la présentation du livret d'accueil		☐	☐	☐	☐	☐
L'inventaire de vos effets personnels		☐	☐	☐	☐	☐
Les informations sur la vie du service (repas, horaires de visites, locaux)		☐	☐	☐	☐	☐
L'ORGANISATION DES SOINS						
Le respect de votre intimité et de votre dignité		☐	☐	☐	☐	☐
Les explications fournies sur votre état de santé		☐	☐	☐	☐	☐
Les explications fournies sur votre traitement et/ou votre intervention		☐	☐	☐	☐	☐
Les explications liées aux risques éventuels (complications possibles, effets indésirables liés aux médicaments...)		☐	☐	☐	☐	☐
LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT (infirmiers, aides-soignants...)						
La disponibilité		☐	☐	☐	☐	☐
Les réponses à vos questions		☐	☐	☐	☐	☐
Le dialogue avec vous, votre entourage et/ou votre personne de confiance		☐	☐	☐	☐	☐
LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL MÉDICAL						
La disponibilité		☐	☐	☐	☐	☐
Les réponses à vos questions		☐	☐	☐	☐	☐
Le dialogue avec vous, votre entourage et/ou votre personne de confiance		☐	☐	☐	☐	☐
L'ORGANISATION ET LA PRISE EN CHARGE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES						
En radiologie		☐	☐	☐	☐	☐
En consultations		☐	☐	☐	☐	☐
A l'extérieur (hors du Centre Hospitalier)		☐	☐	☐	☐	☐

Non
concerné

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Aux Urgences	☐	☐	☐	☐	☐
Dans le service d'hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐

LA QUALITÉ DES PRESTATIONS

LES CONDITIONS MATÉRIELLES

Le confort de la chambre	☐	☐	☐	☐	☐
La propreté de la chambre	☐	☐	☐	☐	☐
L'absence de nuisance sonore	☐	☐	☐	☐	☐
Les repas	☐	☐	☐	☐	☐

LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES

La télévision	☐	☐	☐	☐	☐
Le téléphone	☐	☐	☐	☐	☐
La cafétéria et/ou distributeur	☐	☐	☐	☐	☐
La Wifi	☐	☐	☐	☐	☐
Le tarif de ces services (TV, téléphone, wifi....)	☐	☐	☐	☐	☐

LA SIGNALÉTIQUE

Aux abords de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
Au sein de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐

LA SORTIE

L'ORGANISATION

La préparation de votre sortie (date, programmation, transport)	☐	☐	☐	☐	☐
La remise des documents de sortie	☐	☐	☐	☐	☐

LES INFORMATIONS

L'information sur l'ordonnance	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations sur votre suivi médical	☐	☐	☐	☐	☐

APPRÉCIATION D'ENSEMBLE

Êtes-vous satisfait du choix de cet établissement ?	Oui ☐	Non ☐
Recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage ?	Oui ☐	Non ☐

RACONTEZ-NOUS VOTRE EXPERIENCE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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