

Madame, Monsieur,

Votre avez été pris(e) en charge à l'**Hôpital Lozère Site Gévaudan de l'hôpital Lozère**.

Afin d'améliorer la qualité de nos prises en charge et de satisfaire au mieux les besoins de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire suivant. Vous pouvez le remettre à un professionnel du service ou dans l'urne prévue à cet effet.

Ce questionnaire est couvert par le secret professionnel et reste **confidentiel**.

La Direction

SERVICE

Dans quel service étiez vous hospitalisé ?

- Chirurgie Médecine

IDENTIFICATION (données facultatives)

Nom, Prénom du patient :

Age :

Sexe : Homme Femme

Date du séjour : Du / / Au / /

Adresse :



Très satisfait(e)



Plutôt satisfait(e)







Plutôt insatisfait(e)



Très insatisfait(e)

Pour les questions suivantes, veuillez cocher UNE seule case.

Niveau de satisfaction					Ne se prononce pas
ACCUEIL					
Etes-vous arrivé(e) par les urgences ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, avez-vous été satisfait(e) de l'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil aux bureaux des entrées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMATION					
Avez-vous été satisfait(e) des informations données sur :					
- Votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'information paramédicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les résultats des examens ou de l'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

Avez-vous été satisfait(e) :					
- De la prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la prise en charge des soins paramédicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA DOULEUR

Avez-vous été satisfait (e) :					
- De l'évaluation de votre douleur par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SEJOUR

Combien de lits y avait-il dans la chambre ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>			
Avez-vous été satisfait (e) :					
- Du confort / de la propreté de la chambre et des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des repas (qualité, quantité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du respect de votre régime alimentaire (<i>si concerné</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des services annexes (TV, téléphone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le bruit vous a-t-il incommodé	Jamais <input type="checkbox"/>	Peu souvent <input type="checkbox"/>	Assez souvent <input type="checkbox"/>	Très souvent <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA SORTIE

Avez-vous été satisfait (e) :					
- De l'organisation de votre sortie administrative, médicale (conseils, informations, documents,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPRESSION GENERALE

Pour cette question, veuillez entourer la partie correspondant à votre niveau de satisfaction.

Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau d'appréciation de l'ensemble de votre séjour au sein de l'établissement ? (1 étant le niveau le plus faible et 10 le niveau le plus élevé)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Recommanderiez-vous l'Hôpital Lozère à vos proches ? Oui Non

Si non, pourquoi

Observations/ Remarques :

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

En vertu de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement aux données recueillies.