



Vous avez été pris(e) en charge à 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, sur l'adaptable de votre chambre ou dans l'urne prévue à cet effet à l'accueil de l'Hôpital

Vous avez été pris(e) en charge (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

Site Vallée du Lot à Mende			Site Gévaudan à Marvejols	
<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Maternité/gynécologie	<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Chirurgie
<input type="checkbox"/> Médecine gériatrique-LISP	<input type="checkbox"/> Réanimation	<input type="checkbox"/> SMR	<input type="checkbox"/> Consultation externe	<input type="checkbox"/> Chirurgie ambulatoire
<input type="checkbox"/> Consultation externe	<input type="checkbox"/> Chirurgie ambulatoire	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	<input type="checkbox"/> USLD	
<input type="checkbox"/> USLD	<input type="checkbox"/> Pédiatrie- Néonatalogie	<input type="checkbox"/> Laboratoire		
<input type="checkbox"/> Urgences	<input type="checkbox"/> Imagerie	<input type="checkbox"/> Autre		

ACCUEIL



Etes-vous satisfait(e) de

L'accueil au service des Urgences ?

L'accueil au bureau des entrées ?

L'accueil dans votre service d'hospitalisation ou de consultation ?

L'orientation (signalétique) dans l'établissement ?

L'accessibilité

Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?

OUI NON Ne sait plus

DROITS



Vous a-t-on demandé de désigner une personne de confiance ?

OUI NON Ne sait pas

Vous a-t-on demandé si vous avez rédigé vos directives anticipées ?

OUI NON Ne sait plus

Etes-vous satisfait(e) de

L'écoute du personnel ?

L'information donnée sur votre état de santé (clarté des réponses) ?

L'information donnée sur les résultats des examens / interventions ?

L'information donnée à votre entourage ?

Du respect de votre intimité lors des soins ?

Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?

De la prise en compte de vos attentes, de votre vécu personnel, de vos habitudes ?

DOULEUR

Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?

Souvent Parfois Jamais

En cas de douleur, a-t-on pris en compte votre douleur (Evaluation, soulagement)

Aux urgences

Oui Non Non concerné

Dans le service d'hospitalisation

Oui Non Non concerné



 Très insatisfait  Insatisfait  Satisfait  Très satisfait NC Non concerné



CONDITIONS D'HERBERGEMENT


 
 
 
 NC



Que pensez-vous de votre chambre ...

L'agencement ?

La propreté ?

La température de la pièce ?

Le confort ?

Que pensez-vous des prestations

TV, téléphone et WIFI



Que pensez-vous des repas / collations ...

La présentation des assiettes, aspect des aliments ?

La qualité gustative ?

La température des plats ?

Le respect de la pause repas ?

Des horaires des repas ?

VOTRE SORTIE


 
 
 
 NC



Etes-vous satisfait de

L'organisation et de l'anticipation de votre sortie ?

L'information donnée sur vos traitements et soins (signes d'alerte de complications, ordonnance, ...) ?

L'organisation de votre suivi après votre sortie (prochain RDV, examen ...) ?

APPRECIATION GENERALE


 
 
 

Quelle est votre opinion générale sur votre séjour ?

Commentaire(s)



FACULTATIF

NOM – Prénom :

Age : 0-10 ans 11-18 ans 19 – 65 ans +65 ans

Durée de séjour : 1 jour 2 à 7 jours +7 jours

Mois de votre séjour : Janvier Février Mars Avril Mai Juin
 Juillet Aout Septembre Octobre Novembre Décembre

Département de résidence : 48 Autre :

 Très insatisfait
  Insatisfait
  Satisfait
  Très satisfait
 NC Non concerné