

Centre Hospitalier de Péronne
Questionnaire de sortie d'hospitalisation



Madame, Monsieur,

Il est important pour l'établissement de connaître vos impressions sur votre séjour. Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, je vous invite à remplir le questionnaire ci-dessous et à le remettre à votre sortie à un professionnel du service. Merci de votre participation

La Direction

Date d'entrée :

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Date de sortie

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Dans quel(s) service(s) avez-vous séjourné?

- ☐ Chirurgie
- ☐ Maternité
- ☐ Médecine 2ème étage
- ☐ Surveillance continue
- ☐ Hôpital de jour médico-chirurgical
- ☐ Médecine 1er étage
- ☐ Soins de suite et de réadaptation
- ☐ UHCD

Votre arrivée à l'hôpital

- ☐ S'est faite par les urgences ☐ Etait programmée à l'avance

L'accueil

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| L'accueil au bureau des admissions | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| L'accueil aux urgences | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| L'accueil dans le service de soins | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Le livret d'accueil était-il disponible dans votre chambre à votre arrivée ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, y avez-vous trouvé des informations utiles et claires?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non lu

L'accès à l'hôpital

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Les panneaux d'accès à l'hôpital | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Les possibilités de stationnement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| L'accès aux services de soins | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| L'accueil des personnes à mobilité réduite | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

La qualité des soins

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La qualité des soins | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Le délai d'attente lors des examens | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Le traitement de votre douleur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

