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 2éme 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'accés 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	○	○	○	○

CHP-ENR-271 Version 03

Centre Hospitalier de Péronne
Questionnaire de sortie d'hospitalisation

L'information	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
Les informations sur votre état de santé	○	○	○	○
Les informations sur vos traitements et soins	○	○	○	○
Les explications données spontanément par le personnel	○	○	○	○
La clarté des réponses à vos questions	○	○	○	○
L'information apportée à votre entourage	○	○	○	○

Les conditions de séjour	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
L'équipement des chambres	○	○	○	○
La propreté/Hygiène	○	○	○	○
La température des chambres	○	○	○	○
La qualité de la restauration	○	○	○	○
La quantité de nourriture servie	○	○	○	○
La variété des menus	○	○	○	○
Les horaires de repas	○	○	○	○
Le téléphone	○	○	○	○
La télévision	○	○	○	○
La boutique	○	○	○	○
Le bruit le jour	○	○	○	○
Le bruit la nuit	○	○	○	○

Le personnel

Avez-vous eu connaissance de l'identité et de la fonction de vos interlocuteurs?

○ Jamais ○ Rarement ○ Occasionnellement ○ Assez souvent ○ Très souvent

Votre avis	Sur le personnel médical		Sur le personnel paramédical (Infirmière, AS, Kiné, ...)	
	Oui (M)	Non (M)	Oui (S)	Non (S)
Efficace	☐	☐	☐	☐
Attentif/Disponible	☐	☐	☐	☐
Respectueux	☐	☐	☐	☐
Aimable/Serviable	☐	☐	☐	☐
Discret	☐	☐	☐	☐

A combien évaluez-vous la satisfaction de votre séjour au Centre Hospitalier de Péronne ?

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

Avez-vous des remarques ou des commentaires ?