

**QUESTIONNAIRE DE SORTIE
SERVICES D'HOSPITALISATION**

Madame, Monsieur,
 Vous venez d'être hospitalisé(e) à la Clinique de la Baie. Dans un souci d'amélioration permanente, **votre avis** sur vos conditions d'hospitalisation nous est utile et précieux. Nous vous remercions de **remplir ce document en cochant les réponses appropriées et de le remettre** dans la boîte réservée à cet effet qui se trouve à proximité du bureau de sortie.

I – QUESTIONNAIRE D'HOSPITALISATION

L'ACCUEIL

Comment jugez-vous l'organisation de la clinique concernant :

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | |  |  |  |  |
| 1 | - votre venue (accessibilité, orientation interne...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | - votre prise en charge administrative (démarches, informations...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LES SOINS

Comment avez-vous apprécié au cours de votre prise en charge :

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | |  |  |  |  |
| 3 | - les soins qui vous ont été dispensés (l'efficacité, l'hygiène...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | - l'écoute et la disponibilité des équipes soignantes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | - le suivi médical et les informations fournies ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'HOTELLERIE

Comment évaluez-vous la clinique concernant :

- | | | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| | |  |  |  |  |
| 6 | - votre chambre (confort de la literie, voisinage, décoration...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | - l'hygiène de la clinique (propreté des couloirs, de la chambre...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | - les repas (quantité, qualité, diversité, température...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LA SORTIE

Comment avez-vous trouvé l'organisation de :

- | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| | |  |  |  |  |
| 9 | - la continuité des soins (orientation, information, prescriptions...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | - votre départ (démarches administratives, horaires, facturation...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Dans l'ensemble, comment avez-vous apprécié votre séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.. SI VOUS ETES CONCERNE PAR LE PROTOCOLE « FAST TRACK »

- | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Oui | Non |
| 12 | Avez-vous eu suffisamment d'informations sur ce protocole avant votre hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Si vous êtes concerné, êtes-vous satisfait de la prise en charge kinésithérapique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Recommanderiez-vous ce protocole d'hospitalisation à votre entourage ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'APPRECIATION GENERALE

- | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Oui | Non |
| 15 | En cas de besoin, reviendriez-vous dans notre établissement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Recommanderiez-vous la clinique à votre entourage ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II – QUESTIONNAIRE DOULEUR

La prise en charge de la douleur est une priorité pour l'équipe soignante de l'établissement. Aussi, cette partie est destinée à obtenir des informations sur la douleur que vous avez peut-être ressentie au cours de votre hospitalisation et sur la façon dont elle a été prise en charge. Merci du temps que vous prendrez pour répondre à ces questions. Vos réponses nous aideront à améliorer de façon continue la prise en charge de la douleur dans notre établissement.

17 De quelle spécialité relevait votre séjour?

Gastro entérologie Générale/Digestive Ophtalmologie O.R.L Orthopédie Urologie

18 Avez-vous reçu une information sur la prise en charge de la douleur avant votre séjour ?

Oui Non

19 Si oui, comment ?

avec le chirurgien avec l'anesthésiste avec le livret d'accueil avec le personnel de la clinique

20 Autre à préciser :

A VOTRE ARRIVEE A LA CLINIQUE

21 Etes-vous entré à la clinique en urgence via les soins non programmés :

Oui Non

22 - l'équipe soignante vous a-t-elle demandé si vous aviez mal ?

23 - pensez-vous qu'on aurait pu faire davantage pour vous soulager avant l'entrée dans la chambre ?

AU COURS DE VOTRE SEJOUR

24 - l'équipe vous a-t-elle encouragé à la prévenir en cas de douleur ?

Oui Non

25 - l'équipe vous a-t-elle régulièrement demandé par la suite ?

Si vous avez eu mal (**sinon, ne pas répondre**)

26 Quel chiffre décrit le mieux cette douleur maximale?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



le moins douloureux

le plus douloureux

Le traitement contre la douleur, l'avez-vous eu :

Oui Non

27 - sans avoir eu à le demander ?

28 - après que vous l'avez demandé ?

29 Si vous avez signalé que votre 1^{er} traitement contre la douleur était insuffisant, avez-vous eu un deuxième traitement ?

DE FACON PLUS GENERALE

30 - la prise en charge de la douleur a-t-elle été adaptée ?

Oui Non

III – REMARQUES SUR VOTRE SEJOUR

Informations facultatives

Nom : _____

Prénom : _____

Date d'entrée : _____

N° de chambre : _____

Merci pour vos réponses