



Centre Hospitalier
de Pfastatt

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

*Le Centre hospitalier de Pfastatt s'efforce d'améliorer la qualité de ses prestations.
En remplissant ce questionnaire, vous participerez à améliorer le séjour de ceux qui demain feront
appel aux services de l'établissement.*

Veillez cocher la case correspondante à votre réponse (OUI-NON-Non Concerné)

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE	OUI	NON	Non concerné
L'ACCUEIL			
1. Avez-vous été satisfait de l'accueil qui vous a été réservé :			
- au service Accueil-Admissions ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au service d'hospitalisation ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au plateau médico-technique (radiologie) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOTRE SEJOUR			
LA RESTAURATION			
2. Avez-vous été satisfait de vos repas :			
- en qualité ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- en quantité ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Avez-vous été satisfait de la prise en compte de votre régime alimentaire ?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'HOTELLERIE			
4. Avez-vous été satisfait du confort de votre chambre ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous été satisfait de la propreté des locaux ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LES SOINS MEDICAUX			
6. Avez-vous été satisfait des soins médicaux réalisés ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Pensez-vous que l'on ait fait tout ce qui était possible pour calmer votre douleur ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous reçu des informations satisfaisantes concernant votre maladie ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous donné votre consentement oral pour les soins et les examens pratiqués ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous été informé de la nature et du déroulement des examens réalisés ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous pu vous entretenir avec le médecin du service ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Votre famille a-t-elle eu la possibilité de rencontrer le médecin ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LES SOINS PARAMEDICAUX			
13. Avez-vous été satisfait des soins paramédicaux ?			
- infirmiers - aides-soignants.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kinésithérapeute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- assistante sociale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ergothérapeute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE

OUI NON

14. Avez-vous été satisfait des soins réalisés ?

- le jour.....
- la nuit.....
- le week-end.....

LE PERSONNEL

15. Avez-vous été satisfait de l'attitude du personnel à votre égard ?

- équipe médicale.....
- équipe soignante.....

16. Avez-vous été satisfait de sa disponibilité ?

- équipe médicale.....
- équipe soignante.....

APPRECIATIONS GENERALES

- 17. Vous a-t-on présenté le livret d'accueil ?.....
- 18. Avez-vous été satisfait de votre séjour ?.....
- 19. En cas de nouvelle hospitalisation, reviendrez-vous dans l'établissement ?.....

CRITIQUES ET/OU SUGGESTIONS

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Votre service d'hospitalisation :
 Dates de votre séjour : du / / / / au / / / /
 Questionnaire rempli par : le patient la famille le personnel
 Renseignements facultatifs :
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 ☎ / / / / / / / / / / / / / / / /

Vous pouvez : soit remettre le questionnaire rempli au responsable du service
 soit le déposer à l'accueil (entrée principale)
 soit l'adresser directement à : **Monsieur le directeur**
Centre Hospitalier de Pfastatt
1 rue Henri Haeffely
68120 PFASTATT

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION