

RESSOURCE ETUDIANTS N° 1
LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION POUR LES PATIENTS
HOSPITALISES EN MEDECINE, CHIRURGIE...
DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

(Question 1 - page 70)

A visualiser sur les liens suivants :

<https://www.ch-bourg-en-bresse.fr/sejour/enquete-de-satisfaction.htm>

<http://www.ch-bourg-en-bresse.fr/enr-qua-011-5-questionnaire-de-satisfaction-mco-et-ssr-2.pdf>

ENR QUA 011 – V7

QUESTIONNAIRE DE RECUEIL D'EXPÉRIENCE SUR VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL

Améliorer votre prise en charge, mieux répondre à vos attentes tels sont les objectifs des professionnels du centre hospitalier. C'est pourquoi votre expérience nous intéresse.

Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques instants à ce questionnaire et de le remettre :

- au personnel du service dans lequel vous avez été hospitalisé,
- dans le support mural prévu à cet effet dans le couloir de ce service,
- au personnel du bureau des admissions à l'occasion des formalités de sortie,
- ou par courrier au centre hospitalier de Bourg en Bresse – Service qualité – 900 route de Paris – CS 90401 - 01012 Bourg en Bresse cedex.

Le Directeur

Service : Hospitalisation : programmée
 en situation d'urgence

Nom et prénom (facultatif) : Date de sortie :/...../.....

VOTRE PARCOURS ET VOTRE PRISE EN CHARGE

Avant votre séjour et lors de votre arrivée à l'hôpital, les différents professionnels que vous avez rencontrés :

- vous ont délivré assez d'informations pour préparer votre séjour à l'hôpital :
 Oui tout à fait Oui en partie Non sans avis Je ne suis pas concerné(e)
- vous ont aidé à votre arrivée à l'hôpital :
 Oui tout à fait Oui en partie Non sans avis Je ne suis pas concerné(e)
- vous ont remis un livret d'accueil :
 Oui Non

TOME 2. Méthodologies d'investigation

Thématique 4 : Questionnaire d'enquête

Pendant votre séjour à l'hôpital, vous avez été en relation avec des professionnels de santé. Selon vous, ces professionnels de santé ont :

- **indiqué leur nom et fonction en se présentant :**
 Oui toujours Oui souvent Non Sans avis Je ne sais plus
- **aidé pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer) :**
 Oui toujours Oui souvent Non Sans avis Je n'avais pas besoin d'aide
- **pris en compte vos inquiétudes :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je n'avais pas d'inquiétude
- **pris en compte vos douleurs :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je n'avais pas de douleur
- **respecté votre intimité lors de vos soins :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus
- **respecté la confidentialité et le secret professionnel :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus
- **donné des informations claires et faciles à comprendre sur votre état de santé et vos soins :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne voulais pas être informé(e)
- **répondu à vos questions :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus
- **impliqué, vous et/ou vos proches, dans les décisions concernant vos soins ou votre traitement :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Moi et/ou mes proches ne voulions pas être impliqués
- **vérifié votre identité avant de vous donner les médicaments dont vous avez besoin, pour s'assurer que ces médicaments étaient pour vous :**
 Oui toujours Oui parfois Non Sans avis Je n'avais pas de médicaments
- **dit à quoi servaient les médicaments qui vous étaient destinés :**
 Oui toujours Oui parfois Non Sans avis Je n'avais pas de médicaments



Avant votre sortie de l'hôpital, les professionnels de santé :

- **vous ont expliqué la liste et les doses des médicaments à prendre à la sortie :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je n'avais pas de médicaments
- **vous ont expliqué les effets de vos médicaments que vous deviez surveiller :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je n'avais pas de médicaments
- **vous ont expliqué les signes ou complications devant vous amener à les recontacter :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus
- **ont discuté avec vous de l'aide nécessaire après la sortie :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je n'avais pas besoin d'aide
- **vous ont donné des informations sur la reprise de vos activités quotidiennes après la sortie (travail, sport, activités habituelles) :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus
- **vous ont donné des informations sur le suivi de vos soins après la sortie (prochains rendez-vous, prochains soins) :**
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus

TOME 2. Méthodologies d'investigation
Thématique 4 : Questionnaire d'enquête

Globalement sur l'ensemble de vos soins, selon vous, les professionnels de santé ont :

- eu une bonne communication entre eux pour assurer la continuité de votre prise en charge :
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus
- donné des informations suffisantes concernant vos soins :
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne sais plus
- pris en compte les erreurs et/ou les problèmes éventuels survenus en lien avec vos soins :
 Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis Je ne suis pas concerné(e)

Si réponse « Non », merci de préciser :

.....

CHAMBRE ET REPAS

Concernant la ou les chambre(s) où vous avez séjourné, avez-vous été satisfait(e) :

	Oui tout à fait	Oui en partie	Non	Sans avis
du confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du calme et de la tranquillité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les repas qui vous ont été servis, avez-vous été satisfait(e) :

	Oui tout à fait	Oui en partie	Non	Sans avis
de leur qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la variété des plats proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPRÉCIATION GLOBALE DE VOTRE SÉJOUR

D'une façon générale, êtes-vous satisfait(e) de votre séjour dans notre établissement :

- Oui tout à fait Oui en partie Non Sans avis

Qu'avez-vous retenu de négatif avant et pendant votre hospitalisation ?

.....

.....

Qu'avez-vous retenu de positif avant et pendant votre hospitalisation ?

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.