



Le Centre Hospitalier de Montauban répond-t-il à vos attentes ?

Votre avis nous intéresse !

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé au Centre Hospitalier de Montauban.

Votre avis et vos suggestions concernant votre séjour nous sont indispensables pour améliorer la qualité de votre parcours de soins à l'hôpital.

Avant de quitter l'établissement, nous vous remercions de nous accorder quelques minutes pour remplir ce questionnaire de manière anonyme.





Vous pouvez déposer ce document dans l'une des boîtes aux lettres installées sur l'établissement ou le remettre à un personnel de l'unité de soins.

Unité de soins :

Code UF :

ARRIVEE ET ACCES AU CH DE MONTAUBAN

Que pensez-vous de :

					Non concerné
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	
- La signalisation :					
• De l'hôpital dans la ville de Montauban ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A l'intérieur de l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La facilité pour vous garer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'adaptation des locaux pour les personnes à mobilité réduite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCUEIL AU SERVICE DES ADMISSIONS ET DEMARCHES ADMINISTRATIVES

Lors de votre venue, êtes-vous passé au service des admissions pour mettre à jour votre dossier administratif ? Oui Non



Si oui, comment avez-vous trouvé le déroulement de ces formalités d'admission ?

très facile facile compliqué très compliqué

ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DANS L'UNITE DE SOINS



Entrée et Accueil dans l'unité de soins :

- Dès votre arrivée dans l'unité, avez-vous été accueilli par un membre de l'équipe ?
- Le personnel qui vous a accueilli s'est-il présenté à vous par son nom et sa fonction ?
- Vous a-t-on remis le livret d'accueil présentant l'établissement ?
- Globalement, avez-vous été satisfait de l'accueil qui vous a été réservé ?

			Non concerné
	Oui	Non	
Dès votre arrivée dans l'unité, avez-vous été accueilli par un membre de l'équipe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel qui vous a accueilli s'est-il présenté à vous par son nom et sa fonction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on remis le livret d'accueil présentant l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Globalement, avez-vous été satisfait de l'accueil qui vous a été réservé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Prise en charge :





- Lorsque vous l'avez demandé, avez-vous pu rencontrer un médecin ?
- Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins ?
- Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des soignants ?
- Le jour : l'équipe vous a-t-elle paru disponible ?
- La nuit : l'équipe vous a-t-elle paru disponible ?
- Avez-vous été satisfait des précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité ?
- Globalement, avez-vous été satisfait de la qualité des soins dispensés ?

			Non concerné
	Oui	Non	
Lorsque vous l'avez demandé, avez-vous pu rencontrer un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des soignants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le jour : l'équipe vous a-t-elle paru disponible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La nuit : l'équipe vous a-t-elle paru disponible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été satisfait des précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Globalement, avez-vous été satisfait de la qualité des soins dispensés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- Avez-vous eu mal durant votre séjour ? oui non
- Si oui, avez-vous été soulagé ? oui non
- Avez-vous été satisfait de la prise en charge votre douleur ? oui non non concerné

CONDITIONS D'HEBERGEMENT

					
Que pensez-vous :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- Des conditions d'hébergement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- De la propreté des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'adaptation des conditions d'hébergement aux personnes à mobilité réduite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La prestation « téléphone » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La prestation « télévision » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DROIT A L'INFORMATION et RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE

			
	Oui	Non	Non concerné
Avez-vous été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des informations sur les directives anticipées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant votre séjour, avez-vous été satisfait des explications données à propos de :			
Votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vos examens complémentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas de votre refus d'un soin ou d'un traitement, avez-vous été informé des risques encourus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information était-elle toujours adaptée à votre compréhension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La confidentialité des informations vous concernant a-t-elle toujours été respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORGANISATION DE LA SORTIE

Avez-vous été informé de la date de votre sortie ?


- plusieurs jours avant la veille le jour même

Avez-vous été informé :

- Des traitements à poursuivre au domicile ? oui non non concerné
- Des examens ou consultations à réaliser après l'hospitalisation ? oui non non concerné

QUESTIONS DE SYNTHESE

Dans l'ensemble, comment avez-vous apprécié votre séjour à l'hôpital ?

-  très satisfaisant  satisfaisant  peu satisfaisant  insatisfaisant

Recommanderiez-vous le CH de Montauban à un ami ? oui non

Quel est selon vous, le point principal qui doit faire l'objet d'une amélioration ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accès à l'hôpital | <input type="checkbox"/> Accueil et démarches administratives | <input type="checkbox"/> Accueil et prise en charge dans l'unité de soins |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> Conditions d'hébergement | <input type="checkbox"/> Droit à l'information et respect de la confidentialité |
| <input type="checkbox"/> Organisation de la sortie | | |

Commentaires/suggestions :

Facultatif :

Nom et Prénom :

Adresse :