

Madame, Monsieur,

Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer la qualité, la sécurité des soins et les conditions de confort les meilleures pendant votre hospitalisation.

Les quelques instants que vous consacrerez à remplir ce questionnaire nous permettront de continuer à nous améliorer.

En vous souhaitant un prompt rétablissement.



Centre Hospitalier
Boulogne sur Mer

Frédéric CUVILLIER
Maire de Boulogne-sur-Mer
Président du Conseil de Surveillance
du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

André-Gwenaël PORS
Directeur
du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Dr Eric FODZO
Président de la Commission
Médicale d'Etablissement
du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Service : N° chambre :

Période d'hospitalisation : du au

A votre arrivée

Comment avez-vous été accueilli(e) par le personnel des admissions ?

				Non concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous été accueilli(e) par le personnel du service de soins ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous reçu un livret d'accueil ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

Pendant votre séjour

Les professionnels se sont-ils présentés à vous ?
(médecins, infirmiers, aides-soignants, brancardiers...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) des informations données sur votre état de santé ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) des informations données sur vos médicaments ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) des informations données sur vos examens ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) du délai d'attente pour les examens ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) de l'aide du personnel pour les actes de la vie courante ? (toilette, déplacements, repas...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Votre douleur a-t-elle été prise en charge ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Votre intimité a-t-elle été respectée ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La confidentialité vous semble-t-elle respectée ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le personnel a-t-il été aimable ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) de la propreté de votre chambre ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) du confort de votre chambre ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) de l'ambiance sonore dans le service ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) du téléphone ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) de la télévision ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) de la qualité des repas ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait(e) de la variété des repas ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------





Non concerné(e)

Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de votre sortie ?

Etes-vous satisfait(e) de l'information donnée pour assurer la continuité de vos soins (soins à domicile, prochains rendez-vous, régime...)?

Etes-vous satisfait(e) de l'information sur les médicaments à prendre à la sortie ?

Etes-vous satisfait(e) de l'information sur les activités possibles à effectuer après votre hospitalisation (sport, activités domestiques, reprise du travail...)?

Entourer la note correspondant le mieux à votre prise en charge pendant votre séjour :

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Conseilleriez-vous l'établissement à un proche ?

Oui Non

Vos remarques et suggestions :

Vos coordonnées (facultatives) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél :

Mail :

Questionnaire à retourner sous enveloppe au Directeur de l'établissement ou à déposer dans l'urne prévue au niveau des hôtesses d'accueil.

Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter les représentants de la Commission des Usagers : cdu@ch-boulogne.fr

