



Vous avez été pris(e) en charge au Centre Hospitalier de Florac. Afin d'améliorer la qualité de nos prises en charge et de satisfaire au mieux les besoins de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire suivant.

Vous pouvez le remettre à un professionnel du service ou à l'accueil de l'hôpital.

Quel est votre service d'hospitalisation ?

Médecine

SSR

Comment avez-vous connu notre établissement ?

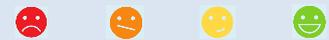
Votre médecin traitant ou chirurgien

La réputation, le bouche à oreille

La proximité du domicile

Le cadre et l'environnement

ACCUEIL



Etes-vous satisfait(e) de



L'accueil au bureau des entrées ?

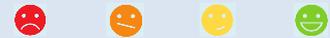
L'accueil dans votre service d'hospitalisation ?

La visibilité de la signalétique pour vous repérer dans l'établissement ?

Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?

OUI NON

DROITS DES PATIENTS



Vous a-t-on demandé de désigner une personne de confiance ?

OUI NON Ne sait plus

Vous a-t-on demandé si vous avez rédigé vos directives anticipées ?

OUI NON Ne sait plus

Etes-vous satisfait(e) de



L'écoute du personnel ?

L'information donnée sur votre état de santé (clarté des réponses) ?

L'information donnée sur les résultats de vos examens ?

L'information donnée à votre entourage ?

Du respect de votre intimité lors des soins

De la prise en compte de vos attentes, de votre vécu personnel, de vos habitudes ?

Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?

DOULEUR

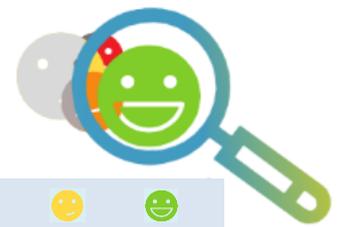


Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?

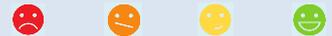
Souvent Parfois Jamais

En cas de douleur, a-t-on pris en compte votre douleur (Evaluation, soulagement)

Oui Non Non concerné



CONDITIONS D'HERBERGEMENT



Que pensez-vous de votre chambre ...

L'aménagement et le confort ?

La propreté ?

La température de la pièce ?

Le calme et la tranquillité ?

Que pensez-vous des prestations TV, téléphone et WIFI ?

Que pensez-vous des repas



La présentation des assiettes, aspect des aliments ?

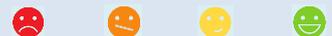
La qualité gustative ?

La température des plats ?

Le respect de la pause repas ?

Des horaires des repas ?

VOTRE SORTIE



Etes-vous satisfait

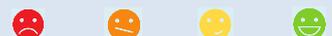


De l'organisation de votre sortie (annonce de votre sortie, destination après votre sortie ..) ?

De l'information donnée sur vos traitements et soins ?

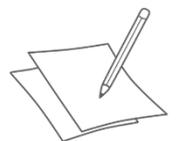
De l'information concernant le suivi après votre sortie (prochain RDV, examen) ?

APPRECIATION GENERALE



Quelle est votre opinion générale sur votre séjour

Commentaire(s)



FACULTATIF

NOM – Prénom :

Age : 19 – 64 ans +65 ans

Mois du séjour : Janvier Février Mars Avril Mai Juin
 Juillet Aout Septembre Octobre Novembre Décembre

Durée de séjour : 1 à 7 jours 8 jours à 29 jours + 30 jours

Code postal :