



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Notre établissement a élaboré ce questionnaire pour que vous puissiez vous exprimer sur ce qui vous a satisfait ou non lors de votre séjour et cela afin de vous fournir la meilleure offre de soins et de service possible.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Service d'hospitalisation :

Hospitalisé le : Sortie le :

Age :ans Sexe : Féminin Masculin

Mode d'admission : Programmé

En urgence

1^{er} hospitalisation : OUI NON

Vie à : Tahiti € Dans les îles € A l'étranger

L'accès au CHPF

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|----------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| De la signalisation routière pour accéder à l'établissement ? | | | | |
| De la signalisation dans les parkings ? | | | | |
| Des facilités de stationnement ? | | | | |
| De l'accès à l'entrée de l'établissement ? | | | | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |

L'accueil à l'hôpital

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|--|----------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| De l'accueil des hôtesse ? | | | | |
| De l'accueil au bureau des admissions ? | | | | |
| Des conditions de réalisation de votre dossier d'admission ? | | | | |
| Des informations fournies sur le fonctionnement concret de l'établissement ? | | | | |
| De la signalisation dans l'hôpital ? | | | | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |

L'arrivée dans le service

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Est-ce que la personne qui vous a accueilli s'est présentée ? | | |
| Vous a-t-on remis le livret d'accueil ? | | |
| Vous a-t-elle accompagné dans votre chambre ? | | |
| Vous a-t-elle informé des horaires de visite ? | | |
| Vous a-t-elle informé des horaires des repas ? | | |
| Vous a-t-elle expliqué le fonctionnement de la sonnette ? | | |
| Vous a-t-elle expliqué le fonctionnement de la salle de bain ? | | |
| Commentaires et suggestions : | | |



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

L'équipe de soignant

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Est-ce que les médecins qui se sont occupés de vous se sont présentés ? | | |
| Est-ce que les infirmières et aides-soignantes qui se sont occupées de vous se sont présentées ? | | |
| Vous a-t-on expliqué vos soins ? | | |
| Vous a-t-on expliqué les examens que vous avez subis ? | | |
| Avez-vous été informé de votre traitement ? | | |
| Avez-vous compris les informations données par l'équipe soignante ? | | |
| Globalement, diriez-vous que les médecins sont disponibles et aimables ? | | |
| Globalement, diriez-vous que les infirmières et aides-soignantes sont disponibles et aimables ? | | |
| Commentaires et suggestions : | | |

Les soins

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|----------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| De la prise en charge des soins ? | | | | |
| La prise en compte de votre douleur ? | | | | |
| La prise en compte de votre confort ? | | | | |
| La rapidité de réponse à vos appels ? | | | | |
| L'aide fournie en cas de demande ? | | | | |
| Du respect de votre intimité ? | | | | |
| Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ? | | | | |
| De votre participation aux décisions concernant vos soins et votre traitement ? | | | | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |

Les prestations (Si vous en avez eu besoin)

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|----------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| Des prestations des kinésithérapeutes ? | | | | |
| Des prestations de l'assistante sociale ? | | | | |
| Des prestations des diététiciens ? | | | | |
| Des prestations des psychologues ? | | | | |
| Des prestations des ergothérapeutes ? | | | | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

La chambre et le confort

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| De son confort ? | | | | |
| De son entretien ? | | | | |
| Des équipements sanitaires ? | | | | |
| De la température ? | | | | |
| Du calme dans le service le jour ? | | | | |
| Du calme dans le service la nuit ? | | | | |
| Des horaires de visite ? | | | | |
| Etiez-vous en chambre particulière ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |
| Etait-ce votre souhait ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |

Les repas

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|--------------------------------------|----------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| Des horaires des repas ? | | | | |
| Des quantités servies ? | | | | |
| De la qualité des repas ? | | | | |
| De la variété des menus ? | | | | |
| De la présentation des plats ? | | | | |
| De la température des plats ? | | | | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |

Le culte

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| Avez-vous été informé des différentes possibilités de culte ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |
| Du respect de votre choix ? | | | | |
| De la disponibilité du représentant du culte ? | | | | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Organisation de la sortie

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|--|------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| De la clarté des informations concernant votre sortie (traitement, régime, reprise des activités...) ? | | | | |
| Vous a-t-on communiqué votre date prévisionnelle de sortie ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |
| Est-ce que votre sortie a été préparée avec vous et votre entourage ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |
| Vous a-t-on communiqué l'heure de sortie ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |

La sortie

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|----------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| Des horaires de sortie ? | | | | |
| Des renseignements au sujet de la facturation ? | | | | |
| Des formalités administratives de sortie ? | | | | |
| Commentaires et suggestions : | | | | |

Satisfaction globale

| Etes-vous satisfait ? | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait |
|---|------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| Etes-vous satisfait de l'ensemble de votre séjour ? | | | | |
| Reviendriez-vous au CHPF en cas de nouvelle hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |
| Recommanderiez-vous le CHPF à votre entourage ? | <input type="checkbox"/> OUI | | <input type="checkbox"/> NON | |

Remarques et commentaires :