

Votre avis est important

Pour améliorer votre prise en charge, nous avons besoin de connaître votre avis sur votre séjour (ou le séjour de votre enfant ou parent).

Merci de répondre aux questions suivantes. Si vous n'avez pas d'avis ou si vous n'êtes pas concerné(e), vous pouvez ne rien cocher ou encore cocher la case « Non concerné ».

Glissez ensuite le questionnaire de satisfaction dans la boîte qui lui est réservée dans le service, ou envoyez-le par la poste à l'aide de l'enveloppe mise à votre disposition.

► **Date de votre séjour :** / /

► **Aujourd'hui, vous êtes venu(e) en hôpital de jour de :**

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Diabétologie | <input type="checkbox"/> Médecine digestive | <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Médecine interne | |
| <input type="checkbox"/> Hépatologie | <input type="checkbox"/> Néphrologie | |

► **Étiez-vous déjà venu(e) dans cet hôpital de jour ?** Oui Non

La programmation et votre information avant votre hospitalisation de jour

- | | Non concerné | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ► Qu'avez-vous pensé de la programmation de votre séjour ? | | | | | |
| • Le délai entre la décision du médecin de vous hospitaliser et la date du séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La prise en compte de vos contraintes ou impératifs pour le choix de la date | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ► Qu'avez-vous pensé de votre information pour préparer votre venue ? | | | | | |
| • L'information sur les raisons de votre hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'information sur le déroulement de la journée (horaires, examens, soins ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les consignes à respecter avant de venir (être à jeun ou non, accompagné ou pas ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'information sur l'inscription administrative : où, quand et comment s'inscrire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'information sur les documents à apporter : convocation, radios, ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'information sur la localisation du service dans l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre accueil à votre arrivée dans l'unité d'hospitalisation de jour

- | | Non concerné | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ► Qu'avez-vous pensé des points suivants ? | | | | | |
| • le fléchage et les indications dans l'hôpital pour parvenir jusqu'au service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le délai d'attente à l'accueil du service avant que l'on s'adresse à vous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les informations données sur le déroulement de votre journée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les efforts mis en œuvre pour préserver autant que possible votre confidentialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre prise en charge par les équipes du service

- | | Non concerné | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ► Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge par les infirmier(e)s ? | | | | | |
| • L'information sur les soins qui vous sont délivrés (prises de sangs, traitement ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La qualité de la prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les efforts mis en œuvre pour préserver autant que possible votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ► Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge par les médecins et internes ? | | | | | |
| • Le délai d'attente avant la consultation médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'accueil que vous a réservé le médecin ou l'interne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La clarté et la qualité des informations données | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les traitements et examens

- L'attente avant le traitement ou l'examen
- Si vous avez attendu, votre information sur le délai d'attente
- Les efforts mis en œuvre pour préserver autant que possible votre confidentialité
- Les efforts mis en œuvre pour préserver autant que possible votre intimité.
- Merci de préciser ci-dessous l'examen qui vous a été fait ou le service qui l'a réalisé

Non concerné				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le confort dans le service d'hospitalisation de jour

- Comment avez-vous été installé(e) Chambre individuelle Chambre commune Box de consultation dans ce service ? Lit Fauteuil

- Êtes-vous satisfait du type d'installation (chambre particulière /commune, box) ?
- Êtes-vous satisfait du confort de votre lit ou de votre fauteuil ?
- Êtes-vous satisfait de l'entretien des locaux ?
- Que pensez-vous de la qualité du repas qui vous a été servi ?
- Si vous aviez mentionné un régime particulier, celui-ci a-t-il été respecté ?
- Que pensez-vous des bruits ambiants dans le service ?

Non concerné				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre sortie

- **Que pensez-vous de l'information donnée à la sortie ?**
- sur le bilan de votre journée
 - sur les symptômes à surveiller et la personne à contacter en cas de problème
 - sur la reprise de vos activités
 - sur votre traitement à domicile
 - sur les documents remis (votre prescription médicale de transport, votre ordonnance de sortie...)?

Non concerné				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez préciser vos réponses dans cet emplacement et nous faire part de vos commentaires, critiques, ou suggestions

Données facultatives : Nom Prénom Age

Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire