



# Questionnaire de sortie

Si service Maternité :  
 U42  U43

Vous avez été hospitalisé dans notre établissement, dans le service de .....

Afin d'améliorer nos pratiques et les prestations qui sont proposées, nous aimerions connaître votre avis sur la qualité de votre séjour. Nous vous invitons à remplir le questionnaire ci-dessous en cochant la case de votre choix. Il est simple et rapide à compléter. Vos réponses resteront anonymes.  
Nous vous remercions par avance pour votre aimable et précieuse collaboration.

Ce questionnaire est complété par

Le patient  Le patient avec aide (famille, représentant des usagers ...)   
Un parent ou un proche

Date de votre hospitalisation : ...../...../.....au ...../...../.....

Vous avez été hospitalisé en chambre seule oui  non

Sexe  féminin  
 Masculin

Age  - de 24 ans  25-59 ans  
 60-79 ans  + de 80 ans

## Accueil - Information

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
L'accueil téléphonique de l'hôpital (amabilité, attente ...)					
L'accès à l'hôpital (signalisation, transport, parking ...)					
La signalétique dans l'établissement					

## Dans le service des urgences

L'accueil à votre arrivée aux urgences					
Le délai de prise en charge à votre arrivée					
Si vous avez attendu, avez-vous été informé sur le temps d'attente ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		

Le délai pour prévenir vos proches					
Le respect de votre intimité					
Le respect de la confidentialité des informations échangées					

## Au bureau des entrées

La disponibilité du personnel pour vous renseigner					
La clarté des explications fournies par le personnel sur l'admission					
Le respect de la confidentialité des informations échangées					

## Dans le service d'hospitalisation

L'accueil à votre arrivée dans le service					
Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
Avez-vous eu l'information sur la personne de confiance ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
Avez-vous eu l'information sur les directives anticipées ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
L'identification des professionnels					
La clarté des explications sur le fonctionnement du service (repas, soins, visites ...)					

## Soins et relations avec les professionnels

Soins et relations avec les médecins					
La disponibilité des médecins					
La clarté des informations sur votre état de santé et votre prise en charge					
La clarté des explications fournies sur votre traitement et/ou les examens prescrits					
Votre participation aux décisions concernant vos soins et vos traitements					
La qualité des soins apportés pour soulager votre douleur					

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
<b>Soins et relations avec l'équipe soignante</b>					
La disponibilité du personnel soignant					
L'attention qui vous a été portée					
L'information sur le déroulement des soins et des examens					
L'aide pour les activités courantes (se laver, manger, s'habiller, se déplacer ...)					
Le respect de votre intimité					
Le respect de la confidentialité des informations échangées					
Votre prise en charge nutritionnelle (diététicienne)					
Votre prise en charge par les brancardiers (transport interne)					
Votre prise en charge par le personnel hôtelier					
Votre prise en charge de rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute...)					
Les conditions d'accueil de vos proches					
<b>Organisation des examens et des consultations</b>					
La durée d'attente avant les examens					
La durée d'attente avant les consultations					
Les conditions de transport entre les services					
<b>Votre séjour</b>					
<b>Votre chambre</b>					
Le confort de votre chambre					
Le calme de votre chambre					
La propreté de votre chambre et des sanitaires					
<b>Les repas</b>					
La variété des repas servis					
La possibilité de choisir vos repas					
La qualité gustative (goût et saveur) des aliments					
La température des plats					
Le respect de vos goûts alimentaires					
Le respect de vos régimes					
Les horaires de service des repas					
<b>Les prestations</b>					
Le service d'accès à la télévision					
Le service d'accès à la téléphonie					
La boutique-snack du rez-de-chaussée					
L'accessibilité aux cultes					
<b>Votre sortie</b>					
L'organisation de votre sortie					
La simplicité des formalités de sortie					
La clarté des explications données sur votre convalescence (poursuite des soins, traitements, transfert vers un autre établissement ...)					

D'une manière générale, votre appréciation sur votre séjour au sein de notre établissement est  
excellente  bonne  passable  mauvaise  très mauvaise

*N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques, suggestions et commentaires*

Une fois complété, vous pouvez remettre ce questionnaire auprès d'une personne du service, le déposer dans la boîte prévue à cet effet dans le service, ou le retourner par voie postale à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier de Mâcon - Relations avec les Usagers - Direction Générale  
350 Boulevard Louis Escande – 71018 MACON Cedex

Ou par mail à : [relationusager@ch-macon.fr](mailto:relationusager@ch-macon.fr)