

Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge au Centre Hospitalier de Fougères, nous souhaitons connaître votre appréciation sur votre séjour, celle-ci nous sera utile pour mieux répondre à vos attentes.

Les questionnaires de sortie sont analysés de façon anonyme et les résultats sont transmis à la direction, aux responsables des services de soins et aux représentants des usagers (representant.usagers@sfr.fr).

Le questionnaire est à remettre dans le service, ou à adresser sous enveloppe affranchie à :

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Fougères
133, rue de la Forêt - CS20606
35306 FOUGERES

Service d'hospitalisation :

Dates de l'hospitalisation du : au

Si vous souhaitez, vous pouvez indiquer vos coordonnées, ce qui nous permettra de vous apporter une réponse si besoin. En laissant votre adresse mail, vous pourriez être sollicité pour répondre à une enquête de satisfaction (E-Satis) menée par la Haute Autorité de Santé. Merci.

Nom - Prénom :

Vos coordonnées :

Adresse mail : _____

VOTRE ACCUEIL

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

Etes-vous satisfait(e) de :

L'accès à l'hôpital				
L'accès au service d'hospitalisation				
La signalisation				

Etes-vous satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé :

A l'accueil				
Au bureau des entrées				
Aux urgences				
Dans le service d'hospitalisation				
Dans les autres services (bloc, radio, laboratoire)				

Etes-vous satisfait(e) :

De l'accueil réservé à vos proches ?				
Des informations disponibles dans le livret d'accueil ?				
De la rapidité de prise en charge à l'arrivée dans le service ?				

Remarques / Suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOS SOINS

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

L'information donnée par les médecins vous semble :

Suffisante

Claire et précise

L'information donnée par l'équipe soignante vous semble :

Suffisante

Claire et précise

L'information donnée sur votre traitement médicamenteux vous semble :

Suffisante

Claire et précise

Etes-vous satisfait(e) de la qualité des soins dispensés

Par les médecins

Par le personnel soignant

Etes-vous satisfait(e) :

De la prise en compte de votre douleur ?

Du soulagement de votre douleur ?

Du respect de votre intimité ?

Etes-vous satisfait(e) de la relation :

Avec les médecins du service

Avec le personnel soignant

Avec le personnel administratif

VOTRE SEJOUR

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

Concernant votre chambre, êtes-vous satisfait(e) :

Du confort

De la propreté

Des équipements (téléphone, télévision, ...)

Concernant vos repas, êtes-vous satisfait(e) :

De la quantité

Du goût

De la variété

VOTRE SORTIE

Pas du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
-------------	---------------	-----------	----------------

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

Etes-vous satisfait(e) des informations fournies sur votre ordonnance ?

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre séjour ?

Recommanderiez-vous l'établissement ? Oui Non

Remarques / Suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....