

Madame, Monsieur

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire part de vos appréciations sur votre prise en charge afin que nous puissions nous améliorer.

Merci de le remettre à un membre du personnel.

La Direction



Merci de nous indiquer le type de rendez-vous concerné:

Rendez-vous 1ère venue Rendez-vous intermédiaire Rendez-vous fin de prise en charge



ACCUEIL AVANT VOTRE VENUE

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Contact lors de la prise de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur les modalités administratives (document à apporter...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur l'accompagnement proposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCUEIL LE JOUR DE VOTRE VENUE

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Accueil administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Identification du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur le déroulé de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'orientation vers les professionnels adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les indications et fléchage pour accéder à la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELATIONS

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Avec le personnel du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de votre demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITION DE PRISE EN CHARGE

Délai de prise en charge

24H Entre 3 et 7 jours Entre 16 jours et 1 Mois
 48H Entre 8 et 15 jours





CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE (suite)

	Non Applicable	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté et confort des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATELIERS PROPOSES

Avez-vous eu l'occasion de participer à un atelier?

Oui Non

Si **OUI**, comment évaluez-vous l'activité?

Très Satisfaisant Satisfaisant Peu Satisfaisant Pas du tout Satisfaisant

SUIVI MEDICO-SOCIAL, JURIDIQUE ET ASSOCIATIF PROPOSE

	Non applicable	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
L'organisation de votre sortie (Ordonnances, Courrier de sortie, RDV, Suivi, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le suivi de votre parcours de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement sur le volet psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement sur le volet social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement sur le volet juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement sur le volet associatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SATISFACTION GLOBALE

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES

Quelles remarques, suggestions souhaiteriez-vous porter à la connaissance de la Direction de l'établissement?

A l'attention du patient: Si vous souhaitez une réponse personnalisée concernant les remarques apportées, nous vous invitons à laisser votre nom, prénom et vos coordonnées téléphoniques.

Cette partie du questionnaire ne sera pas conservée informatiquement afin de préserver votre anonymat si vous y renseignez votre identité. Nom/Prénom:..... N°Tel:.....

Ce questionnaire renseigné est à remettre au personnel de la Maison de la Maison de la Femme et de l'Enfant

Nous vous remercions de nous informer sur la date de remise du questionnaire au patient:...../...../.....

La Direction Qualité du Centre Hospitalier Ouest Réunion

