



SOINS CRITIQUES QUESTIONNAIRE ENTOURAGE

Donnez-nous votre avis sur l'hospitalisation de votre proche

Madame, Monsieur,

Un ou une de vos proches a été hospitalisé(e) dans notre établissement de santé. Votre avis concernant le séjour et la qualité des soins qu'il ou elle a reçus nous intéresse. Si vous êtes d'accord, nous vous proposons de remplir ce questionnaire ci-dessous.

Pour remplir ce questionnaire, répondez par une croix sous le symbole le plus représentatif de votre opinion :

Dans quel service des Soins Critiques, votre proche a-t-il été hospitalisé(e) ?

☐ En Soins Continus

☐ En Réanimation

Vous êtes ?

☐ La personne de confiance

☐ Un membre de la famille

! Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :  Correct  Incorrect



INFORMATIONS TRANSMISES ?

QUE PENSEZ-VOUS DE LA QUALITE DES INFORMATIONS

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non Evaluable
Sur l'état de santé de votre proche ?	☐	☐	☐	☐	☐
Sur les examens déjà prévus ou déjà faits le concernant ?	☐	☐	☐	☐	☐
Sur le devenir de votre proche (date de sortie du service, dégradation de son état de santé,...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
Sur les réponses apportées à vos questions ?	☐	☐	☐	☐	☐

ACCUEIL

COMMENT EVALUEZ-VOUS ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non Evaluable
La qualité de l'accueil dans le service ?	☐	☐	☐	☐	☐
La faculté d'identification du personnel (soignant, médical,...) ?	☐	☐	☐	☐	☐

RELATIONS MEDICO-SOIGNANTES

COMMENT EVALUEZ-VOUS VOTRE RELATION ?

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non Evaluable
Avec le personnel soignant ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avec le personnel médical ?	☐	☐	☐	☐	☐
Dans la prise en compte de vos demandes ?	☐	☐	☐	☐	☐





ACCOMPAGNEMENT

COMMENT EVALUEZ-VOUS ?

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant	Non Evaluable
L'accompagnement par l'ensemble de l'équipe des Soins Critiques (disponibilité, bienveillance, écoute) durant l'hospitalisation ?	☐	☐	☐	☐	☐

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

	Oui	Non
Vous a-t-on proposé un accompagnement psychologique dans cette épreuve ?	☐	☐

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

(répondre uniquement si vous avez répondu **OUI**, à la question précédente)

COMMENT EVALUEZ-VOUS ?

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant	Non Evaluable
Si Oui, comment évaluez-vous l'accompagnement psychologique qui vous a été proposé ?	☐	☐	☐	☐	☐

LA PRESTATION DU SERVICE DES SOINS CRITIQUES

COMMENT L'EVALUEZ VOUS ?

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant	Non Evaluable
La propreté des locaux	☐	☐	☐	☐	☐
Le niveau sonore	☐	☐	☐	☐	☐
La salle d'attente des familles	☐	☐	☐	☐	☐
Les horaires de visites	☐	☐	☐	☐	☐

REMARQUES

Commentaires :

A l'attention du patient:

Si vous souhaitez une réponse personnalisée concernant les remarques apportées nous vous invitons à laisser votre nom prénom et coordonnées téléphoniques.

Cette partie du questionnaire ne sera pas conservée informatiquement afin de préserver votre anonymat si vous y renseignez votre identité.

Nom/ Prénom:.....

Téléphone:.....

Mall.....@.....

Ce questionnaire renseigné est à remettre à la Direction Qualité (en évitant les plis)

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

La Direction Qualité

Centre Hospitalier Ouest Réunion

