

SOINS CRITIQUES QUESTIONNAIRE PATIENT

Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) dans notre établissement de santé. Votre avis concernant votre séjour et la qualité des soins que vous avez 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, avez-vous été hospitalisé(e) ?

En Soins Continus

En Réanimation

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

ACCUEIL COMMENT EVALUEZ-VOUS ?

					N/C
La qualité de l'accueil dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La faculté d'identification du personnel (soignant, médical,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS QUE PENSEZ-VOUS DE LA QUALITE DES INFORMATIONS TRANSMISES ?

	Très bien	Bien	Mauvais	Non Evalueable
Sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les soins / interventions / examens envisagés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre date de sortie (date, traitements,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les réponses apportées à vos questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





RELATIONS MEDICO-SOIGNANTES COMMENT EVALUEZ-VOUS VOTRE RELATION ?

	Très bien	Bien	Mauvais	Non Evalueable
Avec le personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre devenir (date de sortie, traitements,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la prise en compte de vos demandes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR COMMENT EVALUEZ-VOUS ?

	Oui	Non
Avez-vous été confronté(e) à la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été soulagé(e) de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUATION DE LA DOULEUR

					N/C
Comment évaluez-vous la prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGUE

	Oui	Non	Non Evalueable
Vous a-t-on proposé la visite d'un ou d'une psychologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGUE**(Répondre uniquement si vous avez répondu OUI à la question précédente)****COMMENT EVALUEZ-VOUS ?**

N/C

Si vous avez bénéficié d'une consultation avec un(e) psychologue, qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

LES CONDITIONS DE SEJOUR**COMMENT EVALUEZ-VOUS ?**

Très Satisfaisant

Satisfaisant

Peu Satisfaisant

Pas du tout Satisfaisant

Non Evaluable

Le respect de l'intimité

Le respect de la confidentialité

Le respect de votre repos (Nuit)

La disponibilité des soignants (réponse aux sonnettes)

Les horaires de visites

Le confort de votre chambre

La restauration

VOTRE SEJOUR**COMMENT AVEZ-VOUS VECU VOTRE SEJOUR ?**

Très Satisfaisant

Satisfaisant

Peu Satisfaisant

Pas du tout Satisfaisant

Non Evaluable

Les repères dans le temps

Votre exposition à la lumière

Votre exposition au bruit

La mise au fauteuil

Les soins nécessitant une aspiration (si cela a eu lieu)

REMARQUES

Commentaires :

A l'attention du patient:

Si vous souhaitez une réponse personnalisée concernant les remarques apportées, nous vous invitons à laisser voter nom, prénom, 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:.....

Numéro de téléphone:.....

Mail:@.....

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

Nous vous remercions de nous informer sur:

Date de remise du questionnaire au patient :/...../.....

