

VOS IMPRESSIONS... QUESTIONNAIRE DE SORTIE...

A votre sortie, vous pouvez remettre ce questionnaire soit au personnel du service, soit à l'hôtesse d'accueil du hall sud-hospitalisations, soit le renvoyer à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier d'Angoulême –service Clientèle – 16470 SAINT MICHEL.

Service de : _____

Nom : _____ Prénom : _____

L'ACCUEIL

✚ **Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli vous ont paru :**

A l'accueil administratif

EXCELLENTE SATISFAISANTE MAUVAISE

Dans le service

EXCELLENTE SATISFAISANTE MAUVAISE

✚ **Si vous êtes arrivé par l'Accueil-Urgence, l'accueil était-il :**

CHALEUREUX NORMAL INDIFFERENT

LES SOINS

✚ **L'organisation de vos soins était-elle programmée :**

OUI NON

✚ **Avez-vous eu des informations sur vos soins :**

OUI NON UN PEU

LES EXAMENS

✚ **Si vous avez subi des examens, vous a-t-on expliqué**

Leur but OUI NON UN PEU

Leur déroulement OUI NON UN PEU

LE CONFORT

✚ **Le lit était-il confortable**

OUI NON

✚ **L'éclairage de votre chambre était-il**

TROP FORT SUFFISANT FAIBLE

✚ **Aviez-vous assez de place pour ranger vos affaires personnelles**

OUI NON

✚ **Les repas étaient-ils chauds**

CHAUDS TIEDES FROIDS

✚ **Avez-vous eu assez de temps pour manger**

OUI NON

LE BRUIT**+ Avez-vous été incommodé par le bruit**Le jour OUI NON UN PEULa nuit OUI NON UN PEU**+ Le bruit était-il provoqué par**Le personnel OUI NONLes visiteurs OUI NONLe fonctionnement du service OUI NONLes travaux OUI NONLes bruits extérieurs à l'hôpital OUI NON**LE TRAITEMENT****+ Avez-vous eu les informations souhaitées**Sur votre traitement OUI NON UN PEUSur votre maladie OUI NON UN PEU**+ Avez-vous compris les termes employés** OUI NON**LES ACTIVITES****+ Les prestations ci-dessous vous ont-elles paru satisfaisantes**Téléphone OUI NONTélévision OUI NONCourrier OUI NONBoutique OUI NON**L'ORGANISATION DE SORTIE****+ Vous a-t-on indiqué votre heure de sortie :** OUI NON**+ Cette heure a-t-elle correspondu à vos souhaits :** OUI NON**APPRECIATION GLOBALE SUR VOTRE SEJOUR****+ Au moment de quitter le Centre Hospitalier, votre impression est :**Sur l'équipe médicale EXCELLENTE BONNE MAUVAISESur l'équipe de soins EXCELLENTE BONNE MAUVAISESur le personnel de la Clientèle EXCELLENTE BONNE MAUVAISE**Autres observations :**

MERCI POUR VOS REPONSES