

# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

## Hospitalisation complète

Vous avez été hospitalisé(e) à Bel-Air, nous aimerions connaître votre avis sur la qualité de nos services afin d'améliorer les conditions d'accueil et de séjour et de répondre encore mieux à vos besoins. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire qui peut, si vous le souhaitez, rester anonyme.

NOM et Prénom (facultatif) :

Date de sortie :

Service :

Pour répondre à ce questionnaire, merci d'entourer ou de cocher la case de votre choix.

Toutes vos idées, remarques sont les bienvenues et peuvent être rédigées dans « commentaires généraux ».

Merci d'attribuer pour chaque question une note allant de 0 à 10.

0 = pas du tout satisfait

10 = très satisfait

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

### A votre arrivée

1/ A votre arrivée, un livret d'accueil vous a-t-il été remis ?

OUI  NON

2/ Comment évaluez-vous l'accueil reçu par :

- Le bureau des admissions :

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Le service de soins :

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Le service de rééducation & réadaptation :

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3/ Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement ?

(explications sur le fonctionnement de l'établissement, présentation des lieux, des espaces, des services)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4) Avez-vous eu des difficultés à identifier les différents professionnels ? (badge, présentation, etc.)

OUI  NON

## VOS DROITS

5/ Que pensez-vous de l'information qui vous a été délivrée sur vos droits et vos devoirs? (ex : droit d'accès au dossier du patient, information sur les devoirs des patients, existence des représentants des usagers, etc)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

6/ Comment évaluez-vous le respect de la confidentialité et de votre intimité pendant les soins ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

7/ Avez-vous un accès à « Mon Espace Santé » ?

OUI  NON



## PRISE EN CHARGE SOINS, REEDUCATION ET READAPTATION

8/ Que pensez-vous des explications reçues sur votre projet de soins et de rééducation ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

9/ Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge par :

- Equipe médicale

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Equipe soignante

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Rééducateurs

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Assistante sociale, neuropsychologue, psychologue, diététicienne

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Non concerné |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|

10/ Les séances de rééducation/réadaptation ont-elles été respectées ? Si non, préciser le motif dans les « commentaires généraux ».

OUI  NON

11/ Estimez-vous avoir reçu suffisamment d'information concernant vos traitements médicaux ?  OUI  NON

12/ Lorsque vous exprimiez vos souhaits, vous êtes-vous senti(e) écouté(e) ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

13/ Qu'avez-vous pensé du comportement du personnel pendant les soins ? (*amabilité et politesse*)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

14/ Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge de votre douleur ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Non concerné |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|

15/ Si vous avez bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle, en avez-vous été satisfait(e) ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Non concerné |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|

16/ Votre régime alimentaire a-t-il été respecté ?  OUI  NON  Non concerné

17/ Si vous avez bénéficié d'une prise en charge en éducation thérapeutique, comment évaluez-vous la prise en charge ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Non concerné |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|

18/ Avez-vous été satisfait(e) de l'organisation et de la préparation de votre de sortie ? (*conseil en aide matérielle et humaine*)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

19/ Avez-vous remarqué un manque d'hygiène des mains des professionnels ?  OUI  NON

Si oui, précisez dans quelle unité :  soins  rééducation  cuisines

## HOTELLERIE, CONFORT ET TEMPS LIBRE

20/ Votre chambre, comment évaluez-vous les critères suivants :

- Confort et propreté ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Tranquillité ?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**21/ Les délais d'intervention étaient-ils satisfaisants concernant les items ci-dessous :**

- Les aides techniques (fauteuils roulants, domotisation, etc.) ?  OUI  NON  Non concerné
- Réparations en chambres ?  OUI  NON  Non concerné

**22/ Que pensez-vous de la quantité et de la qualité des repas qui vous ont été servis ?**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**23/ Avez-vous été satisfait(e) des prestations ci-dessous :**

- TV  OUI  NON  Non concerné
- Wifi / connexion internet  OUI  NON  Non concerné
- Entretien du linge  OUI  NON  Non concerné
- Téléphonie  OUI  NON  Non concerné
- Coiffeur  OUI  NON  Non concerné
- Produits vendus à l'accueil  OUI  NON  Non concerné

Qu'auriez vous aimé trouver en vente ? .....

**24/ Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'animation ? (activités proposées, sorties, soirées à thème, etc.)**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Non concerné |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|

**OPINION GENERALE**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Recommanderiez-vous Bel-Air ?**  OUI  NON

**Votre expérience**

Par rapport à mes attentes à mon arrivée, je considère que les soins sont :

mieux  
 aussi bien  
 moins bien

Comment vous sentez vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?

.....

.....

.....

***Commentaires généraux :***

.....

.....

.....

*Vos retours seront pris en compte et analysés par la CDU ( commission des usagers).*



*L'ensemble des professionnels de Bel-Air vous remercie pour votre contribution !*

***Quelques jours après votre sortie, vous êtes susceptibles de recevoir un questionnaire e-Satis par mail. N'hésitez pas à le compléter pour améliorer les conditions d'accueil et nos prises en charge.***

**e-Satis**

**Votre expérience est utile à tous !**