



Votre avis nous intéresse

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire en cochant au stylo, **une seule case** (☑) par question.






Données facultatives : Nom : _____ Prénom : _____

Dans quel service êtes-vous hospitalisé ?

SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)






Médecine

A l'issue de votre prise en charge au Centre Hospitalier BERTINOT JUEL de Chaumont-en-Vexin, que diriez-vous à propos des thématiques suivantes :





					
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné (e)
1-Votre arrivée					
Les indications pour vous orienter dans l'établissement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous êtes passé avant votre arrivée par les consultations :					
-Votre accueil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-L'accueil					
L'accueil du personnel :					
-Aux admissions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dans le service d'hospitalisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La manière dont vous avez eu connaissance de l'identité et la fonction du personnel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les informations que vous y avez trouvées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance ?	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on proposé de rédiger vos directives anticipées ?	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-Prise en charge					
Les informations délivrées par les médecins (sur ce que j'ai, sur ce que l'on va me faire...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les réponses à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre prise en charge par l'équipe paramédicale (infirmières, aides-soignants...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du personnel paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire.

Vous pouvez le déposer dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet ou l'adresser par courrier à :
Service qualité CH BERTINOT JUEL, 34, Bis rue Pierre Budin 60240-Chaumont-en-Vexin

	 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas du tout satisfaisant	 Non concerné (e)
Les relations avec le personnel paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins que vous avez reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre dignité et de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez eu des douleurs , la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous êtes en situation de handicap , la prise en considération de vos besoins spécifiques (aide apportée aux activités de la vie quotidienne adaptée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Déroulement du séjour					
La propreté de la chambre et des sanitaires (wc, salle d'eau...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de la chambre (mobilier, calme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services distribués (téléphone, télévision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de vos besoins alimentaires (régime, aversion, religion...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Organisation de la sortie					
Les informations sur la date de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur l'organisation de votre sortie (destination, mode de transport, soins, traitements...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos démarches auprès du service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommanderiez-vous l'hôpital BERTINOT JUEL de Chaumont-en-Vexin à votre entourage ? Oui Non

	 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas du tout satisfaisant
Quelle est votre appréciation générale sur votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires, observations, suggestions

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire.

Vous pouvez le déposer dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet ou l'adresser par courrier à :
Service qualité CH BERTINOT JUEL, 34, Bis rue Pierre Budin 60240-Chaumont-en-Vexin