



VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

Afin de nous aider à améliorer la qualité de nos prestations, nous avons élaboré ce questionnaire. Nous vous remercions de bien vouloir le compléter, en cochant pour chaque question, la case de votre choix. Vous pouvez le remettre à la sortie dans les boîtes aux lettres réservées à cet effet ou au cadre de santé de service.

DATE ENTRÉE DURÉE DU SÉJOUR

SERVICE D'HOSPITALISATION

SEXE ÂGE

NOM - PRÉNOM (facultatif)

Adresse Mail (enquête nationale e-Satis) :



e-Satis :

Et pour aller encore plus loin, suite à votre séjour vous recevrez un mail pour une enquête de satisfaction plus approfondie, merci pour votre implication.

SURVEILLEZ VOTRE BOÎTE MAIL

E-SATIS ?

C'est une enquête qui me permet de prendre part à l'amélioration de la qualité des services et des soins des HMV.

COMMENT ?

Je communique mon adresse mail lors de mon inscription administrative au bureau des entrées.



POURQUOI ?

Je donne mon avis sur la qualité de ma prise en charge via un questionnaire en ligne, totalement anonyme.

REMARQUES:
.....
.....
.....

Pour toute réclamation, vous pouvez adresser un courriel à : direction-usagers.ch-saintdie@chi-hmv.fr
ou écrire au directeur des HMV – 26 rue du Nouvel Hôpital – 88100 SAINT DIE DES VOSGES

Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout	 Non concerné
--	--	--	--	--

● ACCUEIL

Accessibilité à l'établissement (parking, signalétique)					
Le livret d'accueil vous a-t-il été présenté ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
La qualité des informations reçues pour faciliter votre séjour					
L'ACCUEIL REÇU :					
- Au service des urgences					
- Au bureau des entrées					
- Dans le service de soins					
- En service d'imagerie médicale					

● ACCÈS À L'INFORMATION

Vos droits					
Vos devoirs					
La possibilité de désigner une personne de confiance					
Votre état de santé					
Vos différents traitements					
Vos résultats d'examens					
Votre consentement pour les soins et les examens pratiqués					
L'accompagnement de l'assistante sociale					

● QUALITÉ DES SOINS

La prise en charge médicale					
La prise en charge infirmière					
La prise en charge des soins d'hygiène et de confort					
Les conseils nutritionnels (diététicienne)					
La prise en charge en rééducation					
La prise en charge par l'équipe de psychologues					

● PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

L'écoute du personnel concernant la douleur					
La rapidité du traitement délivré pour votre douleur					
L'efficacité du traitement de la douleur					

● CONFIDENTIALITÉ ET INTIMITÉ

Le respect de la confidentialité des informations médicales					
Le respect de votre intimité tout au long de votre séjour					

● CONDITIONS DE SEJOUR

La qualité des repas et le respect de vos goûts					
L'hygiène des locaux (sanitaires, couloirs...)					
Le confort de la chambre (bruit, chauffage...)					
L'environnement extérieur					
Le lien avec les établissements extérieurs					
Les prestations annexes (cultes, bibliothèque, cafeteria)					

● SORTIE

L'organisation de votre sortie					
--------------------------------	--	--	--	--	--

AVEZ-VOUS ÉTÉ SATISFAIT DE VOTRE SÉJOUR ?

--	--	--	--	--	--