

# Questionnaire de sortie

## Obstétrique - Chirurgie Gynécologie - Néonatalogie

(version janvier 2018)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin d'améliorer la qualité de votre séjour, le direction des Hôpitaux de Saint Maurice vous invite à remplir le questionnaire ci-après.

Vos réponses nous seront précieuses, car elles nous permettront d'améliorer dans l'avenir, les prestations que nous offrons aux patients. Vous pouvez, si vous le souhaitez, conserver à vos réponses le plus strict anonymat. Nous vous remercions de votre aimable collaboration.

La Direction

### Accès, Accueil, Admissions :

#### Votre service d'hospitalisation

- Gynécologie obstétrique  
 Chirurgie gynécologie  
 Unité néonatale

#### Comment évaluez-vous l'accès à la maternité?

- Excellent  
 Très bon  
 Mauvais  
 Très mauvais

#### Comment évaluez-vous l'accueil et vos démarches aux admissions?

- Excellent  
 Très bon  
 Mauvais  
 Très mauvais

### Les soins

#### Votre perception des soins reçus

du personnel hospitaliser (infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puéricultrice, aides-soignantes, personnel hôtelier)?

Très bien  Bien  Passable  Mauvais  Sans réponse

du personnel médical (anesthésistes, sages-femmes, gynécologues, pédiatres)?

du personnel spécialisé (psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute)?

#### Comment jugez-vous les conseils (l'allaitement, vos soins, les soins de puériculture)?

- Excellent  
 Très bon  
 Mauvais  
 Très mauvais

### La lutte contre la douleur

#### A quelles occasions avez-vous eu mal?

- Je n'ai pas eu de douleurs  
 Pendant les soins  
 Pendant les examens  
 Pendant l'accouchement  
 Après l'accouchement  
 Autres

#### Vous pouvez préciser les autres occasions où vous avez mal

\_\_\_\_\_



**Comment jugez-vous la prise en charge de votre douleur?**

- Excellent
- Très bon
- Mauvais
- Très mauvais

**Le confort de votre séjour**

**Dans l'ensemble, comment jugez-vous**

	Très bien	Bien	Passable	mauvais	Sans réponse
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre	<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 variété des plats proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service de la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service du photographe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L'organisation de votre sortie?**

**Comment jugez-vous l'organisation de votre sortie?**

- Excellente
- Très bonne
- Mauvaise
- Très mauvaise

**Satisfaction globale**

**Quelle est votre opinion générale sur votre séjour à l'hôpital? Etes-vous :**

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Peu satisfait(e)
- Pas du tout satisfait(e)

**N'hésitez pas à noter vos remarques ou vos commentaires**


**Nom**

\_\_\_\_\_

**Prénom**

\_\_\_\_\_

Indiquer la date de votre sortie :

**mail**

\_\_\_\_\_

Questionnaire à remettre au Cadre de santé  
ou à adresser à la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques  
Hôpitaux de Saint Maurice - 12-14 rue du Val d'osne - 94410 Saint Maurice

