

QUESTIONNAIRE EXPERIENCE PATIENT

A l'attention des patients hospitalisés à l'Hôpital de Fourvière



Hôpital de Fourvière
Centre de Gériatrie

Service

Vous venez d'effectuer un séjour dans notre établissement.
Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire anonyme afin d'améliorer la qualité de notre prise en soins. Vous pouvez, si vous le souhaitez, vous faire aider pour le remplir par la personne de votre choix.

- **Date de sortie** :/...../.....
- **Durée du séjour** : - de 10 j entre 10 j et 1 mois entre 1 et 3 mois +de 3 mois
- Vous avez complété ce questionnaire :
 - seul
 - accompagné par un proche ou un professionnel ou autre,
- Vous avez été hospitalisé en chambre seule : oui non

- Légende  *Très satisfaisant*  *Satisfaisant*  *Peu satisfaisant*  *Pas du tout satisfaisant* **NC** *Non Concerné*

Quelle est votre appréciation de...



VOTRE SEJOUR ET LES SOINS

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • L'accueil | <input type="checkbox"/> |
| • La qualité des soins | <input type="checkbox"/> |
| • La prise en compte de vos souhaits dans votre projet de soin | <input type="checkbox"/> |
| • La prise en compte de vos habitudes de vie | <input type="checkbox"/> |
| • Le soulagement de votre douleur physique | <input type="checkbox"/> |
| • La prise en compte de votre souffrance morale | <input type="checkbox"/> |
| • La préparation de votre sortie de l'hôpital | <input type="checkbox"/> |
| • Le maintien de l'autonomie | <input type="checkbox"/> |
| • La prise en charge sociale (information, services d'aide à domicile, EHPAD, ouverture de droits...) | <input type="checkbox"/> |

VOS DROITS

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • L'attention et la bienveillance du personnel | <input type="checkbox"/> |
| • Le respect de votre intimité et dignité pendant votre séjour | <input type="checkbox"/> |
| • Votre participation aux décisions vous concernant | <input type="checkbox"/> |
| • La place donnée à l'avis de vos aidants (familles, proches...) | <input type="checkbox"/> |

Quelle est votre appréciation de...



NC

VOTRE INFORMATION

- Les informations contenues dans le livret d'accueil
- L'information sur votre état de santé
- L'information sur les médicaments prescrits
- L'information sur la mission de la personne de confiance
- L'information sur les directives anticipées
- L'information sur les Représentants des Usagers (RU)
- L'information sur la présence des bénévoles
- L'information sur votre sortie (modalités de transport, intervenants à domicile, aide technique, EHPAD, ordonnances de sortie...)

LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT

- Le confort de la chambre (équipement, tranquillité...)
- La propreté des locaux
- La qualité des repas
- Le maintien des liens avec vos proches

- Votre appréciation globale de votre séjour sur une note de 0 à 10 : _____
- VOUS AVEZ LA PAROLE, si vous souhaitez nous faire part de remarques ou de suggestions ou bien encore d'un incident ou événement indésirable (merci dans ce cas de préciser le contexte, si la situation a pu être traitée pendant le séjour...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Vos noms et coordonnées si vous souhaitez un retour ou un échange sur vos remarques, incidents... :

.....

.....

Merci de suivre les indications sur l'enveloppe ci jointe pour nous retourner vos réponses.