



## Votre avis est précieux

Madame, Monsieur,

Vous avez effectué un séjour au Groupe Hospitalier de la Haute-Saône.

Pour améliorer la qualité d'accueil et de la prise en soins, nous vous remercions de compléter ce questionnaire soit par :

**Format papier** : à déposer dans la boîte aux lettres au niveau du bureau d'accueil dans les halls des différents sites

**Format informatique** : formulaire à compléter avec le lien disponible sur le site internet

**Sur tablette dans le service avec l'aide d'un professionnel** : formulaire à compléter avec le lien disponible sur le site internet

**Pour les personnes en situation de handicap** : merci de contacter un professionnel du service qui sera en mesure de guider votre démarche.

Nous vous remercions, par avance, de votre collaboration.

### Merci de préciser les informations ci-dessous :

- Hospitalisation complète  Hospitalisation de jour

### Vous êtes entré (e) :

- Hospitalisation programmée  Hospitalisation en urgence

### Site

- Vesoul  Lure  Luxeuil  Gray

### Service

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Indéfini              | <input type="radio"/> Maternité -Gynécologie-obstétrique | <input type="radio"/> Réanimation- USCM |
| <input type="radio"/> Addictologie Lure     | <input type="radio"/> Médecine Gray                      | <input type="radio"/> Salon de sortie   |
| <input type="radio"/> Cardiologie           | <input type="radio"/> Médecine interne 1                 | <input type="radio"/> SSR Gray          |
| <input type="radio"/> Chirurgie 1           | <input type="radio"/> Médecine interne 2 - néphrologie   | <input type="radio"/> SSR Lure          |
| <input type="radio"/> Chirurgie 2           | <input type="radio"/> Médecine Lure                      | <input type="radio"/> SSR Luxeuil       |
| <input type="radio"/> Chirurgie Digestive   | <input type="radio"/> Médecine Luxeuil                   | <input type="radio"/> SSR Vesoul        |
| <input type="radio"/> Centre périnatal Gray | <input type="radio"/> Neurologie                         | <input type="radio"/> UMPU              |
| <input type="radio"/> Gastro-entérologue    | <input type="radio"/> Ophtalmologie                      | <input type="radio"/> Urologie          |
| <input type="radio"/> Gériatrie             | <input type="radio"/> ORL                                | <input type="radio"/> USC Chirurgie     |
| <input type="radio"/> HDJ Gray              | <input type="radio"/> Orthopédie Traumatologie           | <input type="radio"/> USIC              |
| <input type="radio"/> HDJ Lure              | <input type="radio"/> Pédiatrique                        | <input type="radio"/> Autre             |
| <input type="radio"/> HDJ Vesoul            | <input type="radio"/> Pneumologie                        |   |

Si 'Autre' précisez :

### Chambre

- Simple  Double

### Date du séjour



## Accessibilité/Programmation de votre séjour /Accueil

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
L'hôpital vous paraît accessible :				
Pour la programmation de votre séjour vous avez pu joindre le GH70 facilement :				
Avez-vous été bien accueilli(e) par le bureau des entrées :				
Avez-vous été bien accueilli(e) au sein du service :				
<b>Vous a-t-on remis le livret d'accueil :</b>	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	
<b>Vous a-t-on présenté le livret d'accueil :</b>	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	
<b>Avez-vous désigné votre personne de confiance :</b>	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	
<b>Connaissez-vous l'existence des représentants des usagers :</b>	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	
<b>Vous -a-t-on demandé si vous aviez rédigé des directives anticipées :</b>	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	

### Globalement avez-vous été bien accueilli(e) :

Oui tout à fait



Oui en partie



Pas du tout



Non concerné



## Déroulement de votre hospitalisation

**Les professionnels sont-ils identifiés**  Oui  Non

**J'identifie facilement leur fonction :**  Oui  Non

**Êtes-vous satisfait du respect de :**

Oui

Non

L'intimité



La confidentialité



	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
<b>Avez-vous obtenu des informations claires sur votre état de santé :</b>				
<b>Les médecins ont été à votre écoute :</b>				
<b>Les professionnels infirmiers ont été à votre écoute :</b>				
<b>Les professionnels aides-soignants ont été à votre écoute :</b>				
<b>Avez-vous donné votre consentement aux soins ? :</b>	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	



## Evaluation de la qualité de votre prise en charge pendant votre séjour

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
Etes-vous satisfait(e) de votre prise en soins médicale :				
Etes-vous satisfait(e) de votre prise en soins infirmière :				
Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge aide-soignant :				

A-t-on pris en compte votre douleur :  Oui  Non

Avez-vous participé à votre prise en soins pendant votre hospitalisation :

Oui tout à fait



Oui en partie



Pas du tout



Non concerné



Vous a-t-on posé un bracelet d'identification :  Oui  Non

A-t-on vérifié votre identité :

Oui tout à fait



Oui en partie



Pas du tout



Non concerné



## La sortie

Votre sortie a été anticipée (date de sortie connue au moins 24h avant)

Oui tout à fait



Oui en partie



Pas du tout



Non concerné



Vous a-t-on remis les documents :

Oui

Non

Non concerné

Ordonnances pour des soins à domicile




Ordonnance de traitement




Date de rendez-vous




Courrier de sortie  Oui  Non



## Hôtellerie / Repas

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
Votre chambre était-elle confortable :				
Votre chambre était-elle propre :				
La température ambiante de votre chambre était-elle adaptée :				
A ton respecté le calme et la tranquillité :				

En chambre double votre intimité a-t-elle été respectée lors des soins :  Oui  Non

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
Les repas sont de qualité :				
Les menus sont variés :				

A-t-on respecté vos préférences alimentaires :  Oui  Non

## Satisfaction globale sur votre séjour

Recommanderiez-vous notre établissement ?  Oui  Non

Satisfaction globale (cochez la case)

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Non Satisfaisant			Peu Satisfaisant		Satisfaisant			Très Satisfaisant	

Avez-vous des suggestions à nous soumettre pour améliorer les séjours au GH70 ?

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

Nous vous souhaitons bonne continuation