

# Que pensez-vous de votre séjour à l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin ?

Afin d'améliorer nos prestations et de mieux répondre à vos attentes, merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Il pourra être ensuite :

- déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres à proximité du bureau des admissions,
- le remettre au bureau des admissions ou du cadre du service,
- le faire parvenir par voie postale à l'adresse suivante :  
Monsieur le Directeur - 4 avenue Charles de Gaulle – 87300 BELLAC

Lieu de séjour :  Bellac  Le Dorat  Magnac-Laval

Service : ..... le : .....

## ACCUEIL

Etes-vous satisfait de la signalisation des locaux et des services ?

Très satisfait  Satisfait  Mécontent  Très mécontent

Etes-vous satisfait des conditions dans lesquelles vous avez été accueilli lors des formalités administratives au bureau des entrées ?

Très satisfait  Satisfait  Mécontent  Très mécontent

Etes-vous satisfait des conditions dans lesquelles vous êtes hébergé ?

Très satisfait  Satisfait  Mécontent  Très mécontent

La personne qui vous a accueilli à votre arrivée dans le service s'est elle présentée ?

Oui  Non

## SEJOUR

Etes-vous dans une chambre ?  Individuelle  Double

Quelle appréciation donneriez-vous à votre séjour concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent
La propreté des locaux ?				
La propreté de la chambre ?				
La propreté des sanitaires ?				
La température ?				
La télévision ?				
Le téléphone ?				
L'entretien du linge ?				

Etes-vous gêné par le bruit ou d'autres nuisances ?

- De jour :  Oui  Non
- De nuit :  Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

A l'heure du repas, vous vous dites ou vous êtes dit (plusieurs réponses possibles) :

- Quel plaisir de manger  C'est encore froid  C'est toujours la même chose
- C'est sans goût et sans saveur  C'est insuffisant  Je mange ce que j'ai choisi
- C'est trop tôt, je n'ai pas encore faim  C'est appétissant  Mon choix n'a pas été respecté

## SOINS

### ⇒ Douleur

Si vous avez souffert, avez-vous pu en parler avec l'équipe ?  Oui  Non

Un traitement vous a-t-il été administré rapidement ?  Oui  Non

Le soulagement de votre douleur a-t-il été efficace ?  Oui  Non

En cas de tristesse ou d'angoisse, avez-vous eu une réponse correspondant à vos attentes ?

• De jour :  Oui  Non  Non concerné

• De nuit :  Oui  Non  Non concerné

### ⇒ Soins prodigués dans l'unité

Etes-vous satisfait de la réalisation des soins ?

Très satisfait  Satisfait  Mécontent  Très mécontent

Etes-vous satisfait du respect de l'intimité ?

Très satisfait  Satisfait  Mécontent  Très mécontent

Etes-vous satisfait des réponses aux demandes d'aide ?

	Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent
<i>De jour</i>				
<i>De nuit</i>				

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de rééducation ?  Oui  Non

Etes-vous ou avez-vous été satisfait de la prestation ?

	Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent
<i>Ergothérapie</i>				
<i>Kinésithérapie</i>				
<i>Psychomotricité</i>				
<i>Prise en charge diététique</i>				

## INFORMATION

Vous a-t-on informé de la possibilité de bénéficier de l'aide d'un psychologue ?  Oui  Non

### ⇒ Relation avec les médecins

Avez-vous reçu suffisamment d'informations ?  Oui  Non

Les informations ont-elles répondu à vos attentes ?  Oui  Non

En cas de besoin, votre famille a-t-elle pu rencontrer le médecin ?  Oui  Non

Si non, pourquoi ?

.....

### ⇒ Relation avec le personnel

Par rapport aux personnels (infirmiers, aide-soignant,...) comment avez-vous apprécié :

	Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent
<i>Leur disponibilité</i>				
<i>De jour</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De nuit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Leur comportement</i> <i>(expressions familières, attitude, ...)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez : .....

.....

.....