CENTRE HOSPITALIER BÉZIERS

Accueil du patient en **Psychiatrie**

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

SATISFACTION ET EXPÉRIENCE DU PATIENT

Madame, Monsieur,

Votre expérience au sein de notre hôpital compte !

Aidez-nous à améliorer la qualité de votre accueil, et construisez avec nous l'hôpital de demain.

Vous pouvez y répondre directement sur ce formulaire ou en ligne en flashant ce QR-code :

Le questionnaire complété, peut être remis au personnel soignant, au secrétariat de votre unité, aux hôtesses d'accueil ou bien adressé à : **Centre Hospitalier de Béziers - DQGRA- 2 rue Valentin Haüy, 34500 BEZIERS.**

Si vous égarez le questionnaire, vous pouvez le demander au personnel soignant ou de le télécharger sur le site internet du Centre Hospitalier de Béziers, **www.ch-beziers.fr**, rubrique Patients / Expression des usagers.

Merci de faire une croix dans la case la plus proche de votre expérience	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout	Non concerné
ACCUEIL					
Le livret d'accueil vous a-t-il été présenté ? ❍ OUI ❍ NON					
L'accueil reçu :					
- aux Urgences	❍	❍	❍	❍	❍
- au bureau des entrées	❍	❍	❍	❍	❍
- dans le service de soins	❍	❍	❍	❍	❍
Si vous êtes atteint d'un handicap, estimez-vous que l'accès aux différentes structures de l'établissement est adapté ? ❍ OUI ❍ NON					
ACCÈS À L'INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE					
Les informations reçues sur :					
- Votre mode d'hospitalisation	❍	❍	❍	❍	❍
- Vos droits et vos devoirs	❍	❍	❍	❍	❍
- Le règlement intérieur	❍	❍	❍	❍	❍
- La possibilité de désigner une personne de confiance	❍	❍	❍	❍	❍
- Votre état de santé	❍	❍	❍	❍	❍
- Vos traitements	❍	❍	❍	❍	❍
- Les résultats d'examen	❍	❍	❍	❍	❍
- Votre sortie	❍	❍	❍	❍	❍
Avez-vous donné votre avis pour les soins et les examens pratiqués ? ❍ OUI ❍ NON					
Vos difficultés sociales ont-elles été prises en charge ? ❍ OUI ❍ NON					

Direction Qualité, Gestion des risques, Relations usagers et Affaires juridiques

Centre Hospitalier de Béziers
2, rue Valentin Haüy 34500 Béziers
Tél. standard : 04 67 35 70 35
contact@ch-beziers.fr - www.ch-beziers.fr

suivez-nous sur :

Tournez SVP
1/2

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout	Non concerné
QUALITÉ DES SOINS					
La prise en charge médicale	❍	❍	❍	❍	❍
La prise en charge infirmière	❍	❍	❍	❍	❍
La prise en charge de vos problèmes physiques *(respiratoire, cardiaque, dentaire...)*	❍	❍	❍	❍	❍
Le traitement de votre douleur					
- psychique	❍	❍	❍	❍	❍
- physique	❍	❍	❍	❍	❍
La prise en charge des soins d'hygiène et de confort	❍	❍	❍	❍	❍
CONFIDENTIALITÉ ET INTIMITÉ					
Le respect de la confidentialité des informations médicales	❍	❍	❍	❍	❍
Le respect de votre intimité lors des soins	❍	❍	❍	❍	❍
PRESTATIONS HÔTELIÈRES ET CONDITIONS DE SÉJOUR					
Le respect de vos goûts	❍	❍	❍	❍	❍
La qualité des repas	❍	❍	❍	❍	❍
La quantité des repas	❍	❍	❍	❍	❍
L'hygiène des locaux *(chambres, sanitaires, couloirs, salles d'examens...)*	❍	❍	❍	❍	❍
Avez-vous été gêné(e) par le bruit ? ❍ OUI ❍ NON					
SERVICES PROPOSÉS					
Les services proposés :					
- salle de télévision	❍	❍	❍	❍	❍
- la cafétéria	❍	❍	❍	❍	❍
- le jardin	❍	❍	❍	❍	❍
Les facilités offertes à votre entourage :					
- en ce qui concerne les lieux de rencontre	❍	❍	❍	❍	❍
- en ce qui concerne les horaires de visite	❍	❍	❍	❍	❍
POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SÉJOUR					
Etes-vous satisfait(e) de votre séjour ?	❍	❍	❍	❍	❍

VOUS CONNAÎTRE

Votre service d'hospitalisation : .....

Votre mode d'hospitalisation : .....

Vos nom et prénom *(facultatif)* : .....

Date de votre hospitalisation : .....

Durée de votre séjour : .....

Votre adresse mail : ..... @.....

Avez-vous des observations ou des suggestions à faire afin d'améliorer la qualité de notre accompagnement ?

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire,
soyez assuré.e de votre contribution essentielle à notre démarche qualité !

Conception DQGRA - Réalisation DPO / Service Communication / IC - MAJ 05/2021 - MAG/20462