

## Que pensez-vous de votre séjour au Centre Hospitalier de Cambrai?

Pour veiller à l'amélioration continue de votre accueil et à la qualité de nos prestations, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire. Les questionnaires de sortie, remis à chaque patient, font l'objet d'une exploitation avec la Direction, les équipes de soins et le Service Qualité et Gestion des Risques. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Vous pouvez déposer votre questionnaire dans la boîte aux lettres du service, le remettre à un membre du personnel ou l'adresser directement par voie postale à la Direction. La Direction et l'ensemble du personnel vous remercient pour votre aimable participation.

Merci de bien vouloir cocher les cases correspondantes à votre choix de la façon suivante:

Sexe  Féminin  Masculin

Quel est votre âge ?

Date d'admission dans le service d'hospitalisation

Date de sortie du service

- Service**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Réanimation  | <input type="checkbox"/> Surveillance Continue Adulte                      |
| <input type="checkbox"/> Court Séjour Gériatrique                           | <input type="checkbox"/> Unité de Soins de Longue Durée                    |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie-Obstétrique                            | <input type="checkbox"/> Pédiatrie   |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de jour de Pédiatrie                       | <input type="checkbox"/> Surveillance Continue Pédiatrique                 |
| <input type="checkbox"/> Médecine Polyvalente                               | <input type="checkbox"/> Néphrologie-Diabétologie                          |
| <input type="checkbox"/> Pneumologie  | <input type="checkbox"/> Hépato-Gastro-Entérologie                         |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie-USIC                                   | <input type="checkbox"/> Chirurgie Orthopédie-Traumatologie-Ophthalmologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie Plaies et Cicatrisation-ORL-Stomatologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie Viscérale et Vasculaire                 |

## Votre arrivée à l'hôpital : accueil dans le service des Urgences

Etes-vous passé(e) par les urgences?  Oui  Non

Si oui, avez-vous été satisfait de la qualité de l'accueil?

	Oui	Non
Administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soignant (infirmiers...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Avez-vous été prévenu d'un délai d'attente possible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce délai d'attente vous a-t-il paru acceptable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu une information sur votre état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette information vous a-t-elle paru claire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre arrivée à l'hôpital : votre accueil dans le service d'hospitalisation

	Oui	Non
Le personnel administratif s'est-il montré disponible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel soignant (Infirmière) s'est-il montré disponible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel médical s'est-il montré disponible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre arrivée dans le service a-t-elle paru organisée ?  Oui  Non

Le livret d'accueil vous a-t-il été présenté ?  Oui  Non

## Votre séjour dans le service : vos soins et examens

Les soins et examens se sont-ils déroulés dans de bonnes conditions ?  Oui  Non

Une information sur votre traitement vous a-t-elle été délivrée?  Oui  Non

La réponse a-t-elle été satisfaisante:  Oui  Non

Lorsque vous avez appelé le personnel le jour

Lorsque vous avez appelé le personnel la nuit

Estimez-vous avoir bénéficié de soins de qualité?

Oui  Non

le jour ?

la nuit ?



### Votre séjour dans le service : la prise en charge de votre douleur

Une information sur la prise en charge de la douleur vous-a-t-elle été délivrée ?  Oui  Non  N'a pas ressenti de douleur

	Oui	Non
Votre douleur a-t-elle été prise en compte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre douleur a-t-elle été soulagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Votre séjour dans le service : votre information



Une information vous a-t-elle été fournie	Oui	Non
sur votre état de santé et son évolution ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur le but des soins et examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur le déroulement des soins et examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur les résultats de vos examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Votre séjour dans le service : les prestations hôtelières

Avez-vous été satisfait(e) de la chambre (confort - propreté) ?  Oui  Non

Le service vous a-t-il paru bruyant ?  Oui  Non

Avez-vous été satisfait(e) des services de la cafétéria:  Oui  Non

Télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Les repas  Oui  Non

Avez-vous été satisfait(e) de la qualité des repas ?  Oui  Non

Avez-vous été satisfait(e) de la quantité des repas ?  Oui  Non

Avez-vous été satisfait(e) de la diversité des repas ?  Oui  Non

Avez-vous été satisfait(e) de la température des repas ?  Oui  Non

Avez-vous été satisfait(e) des horaires des repas ?  Oui  Non

Votre régime alimentaire a-t-il été respecté ?  Oui  Non  N'ai pas de régime

### Votre sortie

Votre sortie a-t-elle été préparée ?  Oui  Non

Avez-vous reçu les informations nécessaires à votre sortie ?  Oui  Non

### Votre appréciation générale

	Oui	Non
Etes-vous satisfait(e) de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reviendriez-vous si vous deviez à nouveau être hospitalisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous le Centre Hospitalier de Cambrai à votre entourage si celui-ci devait être hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Remarques, commentaires et suggestions

