

Données facultatives :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Merci de votre participation

Madame, Monsieur,

L'EPSM Marne, dans un souci constant d'amélioration de la qualité des soins, a élaboré ce questionnaire afin que vous puissiez exprimer votre degré de satisfaction par rapport à votre séjour.

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à son renseignement.

Vous pouvez le remettre à l'équipe soignante lors de votre sortie ou l'adresser à la Direction Qualité et Gestion des risques.

Ce questionnaire est également téléchargeable sur le site internet de l'établissement <http://www.epsm-marne.fr> à la rubrique « Vos Droits ».

Le Directeur

Nom de l'unité de soins : Date de renseignement :

Vous ne souhaitez pas compléter ce questionnaire





Vous étiez hospitalisé(e) en : Soins Libres Soins sans consentement

S'agit-il de votre première hospitalisation dans l'établissement ? Oui Non





Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ? Oui Non





Si oui, le personnel vous en a-t-il expliqué le contenu ? Oui Non

Merci de cocher la case convenant à votre niveau de satisfaction

				Vous n'avez reçu aucune information
Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	

Votre accueil et admission					
Que pensez-vous des modalités pour vous déplacer dans l'établissement (accessibilité, signalétique) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Quel est votre degré de satisfaction concernant les informations données sur :					
- votre mode d'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- la possibilité de désigner une personne de confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- la possibilité de déposer des objets en sécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- vos droits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- les voies de recours ou de réclamation en cas de litige (JLD, CDSP, CDU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas du tout satisfaisant	Vous n'avez reçu aucune information
Votre prise en charge					
Quel est votre degré de satisfaction concernant les informations données sur :					
- le déroulement de votre hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- vos traitements et les éventuels examens prescrits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- vos éventuelles restrictions de liberté (limitation des visites, des sorties, des communications, du port de vêtement personnel...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que pensez-vous de la facilité pour vos proches ou vous-même de rencontrer les médecins qui vous ont soigné ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous pu parler avec votre médecin de vos inquiétudes ou craintes par rapport à votre santé ou à votre traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Si pendant votre hospitalisation vous avez eu un autre problème de santé, a-t-il été pris en considération ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Si vous avez souffert d'une douleur physique, celle-ci a-t-elle été prise en compte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Estimez-vous que votre prise en charge a été faite avec respect ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Si des soins vous ont été prodigués par un étudiant paramédical, vous a-t-on demandé votre accord ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Vous êtes-vous plaint auprès du personnel qui vous a soigné(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Si oui, à quel sujet ?					
Le problème a-t-il été réglé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Votre sortie					
Que pensez-vous des modalités de préparation de votre sortie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comment trouvez-vous l'information et l'accompagnement qui vous ont été apportés sur le plan social ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que pensez-vous de l'information portant sur la continuité des soins après l'hospitalisation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas du tout satisfaisant	Vous n'avez reçu aucune information
Vos conditions de séjour					
Comment votre intimité a-t-elle été prise en compte par le personnel lors :					
- des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- de votre toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- des consultations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concernant les repas, quelle est votre degré de satisfaction par rapport :					
- la qualité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- la quantité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comment estimez-vous l'hygiène des locaux (chambre, sanitaires, couloirs...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été gêné(e) par le bruit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Appréciation globale					
Quelle est votre impression générale sur votre hospitalisation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des remarques particulières ou des suggestions à formuler ?					