

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer  
la qualité de l'accueil au CHNM

Merci de bien vouloir nous indiquer votre service d'hospitalisation : .....



## A VOTRE ARRIVEE

**Vous a-t-on présenté le livret d'accueil à votre arrivée dans le service ?**

OUI  NON

**Si oui, y avez-vous trouvé des informations utiles et claires ?**

OUI  NON

**Si vous avez été admis en urgence et si vous avez attendu, le délai d'attente vous a semblé :**

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant  Non concerné

**Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance ?**

OUI  NON  Non concerné



## PENDANT VOTRE SEJOUR

**La disponibilité du personnel soignant (Infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute...) vous a paru :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

**La disponibilité du personnel médical (médecins, chirurgiens, gynécologue) vous a paru :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

**Etes-vous satisfait des soins dispensés ?**

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant

**Avez-vous été sensibilisé aux infections nosocomiales et à l'hygiène des mains ?**

OUI  NON

**Avez-vous utilisé les solutions hydro alcooliques à disposition dans la chambre ?**

OUI  NON

**Que pensez-vous de l'hygiène des mains réalisée par les soignants ?**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

**La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

**Vous estimez que votre intimité a été respectée de manière :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

**Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette ...) vous a semblé :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

**Estimez-vous que le service a pris en compte votre handicap de manière :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

**Vos valeurs culturelles (alimentation, religion ...) ont été respectées de manière :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

**Avez-vous eu mal pendant votre séjour ?**

OUI  NON

**Si oui, la douleur était-elle liée aux soins reçus ?**

OUI  NON

**Avez-vous pu vous exprimer sur votre douleur auprès des soignants ?**

Tout à fait d'accord  D'accord  Plutôt pas d'accord  Pas du tout d'accord.

**La prise en charge de votre douleur au CHNM vous a paru :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

**Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé de la part du personnel soignant ?**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

**Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé de la part du personnel médical ?**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné



## CONFORT HOTELIER

Dans votre chambre, vous avez trouvé :

- **la qualité du mobilier (lit, fauteuil ...)**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante
- **le niveau de propreté :**
  - Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu satisfaisant       Pas satisfaisant
- **le calme :**
  - Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu satisfaisant       Pas satisfaisant

Qu'avez-vous pensé des repas ?

- **la qualité des repas :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante
- **la quantité de nourriture :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante
- **la variété des menus :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante
- **la température des plats :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante

La qualité des prestations vous a paru :

- **pour le téléphone :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante       Non concerné
- **pour la télévision :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante       Non concerné



## VOTRE DEPART

Comment considérez-vous l'information reçue ?

- **sur vos conditions de sortie (jour, heure, mode de transport, formalités administratives) :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante
- **sur le traitement et les soins à poursuivre :**
  - Très satisfaisante       Satisfaisante       Peu satisfaisante       Pas satisfaisante

Recommanderiez-vous le Centre Hospitalier du Nord Mayenne à vos proches ?

- OUI       NON

**GLOBALEMENT, êtes-vous satisfait de votre séjour dans l'établissement ?**

- Très satisfait       Satisfait       Peu satisfait       Pas satisfait

Ce questionnaire a été rempli par :

- le patient       un proche

**COMMENTAIRES, OBSERVATIONS, SUGGESTIONS :**

.....

.....

.....

.....

(Facultatif)

Nom : ..... Prénom : ..... Date : .....

En cas de réclamation, vous avez la possibilité de saisir un des médiateurs de l'établissement en adressant un courrier à la Direction chargée des relations avec les usagers.

**MERCI DE VOTRE AIDE**

**Vous voudrez bien déposer ce document dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.**