

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Madame, Monsieur,
Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier du Nord-Mayenne (CHNM).
Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible.
Afin d'améliorer la prise en charge des patients, nous souhaiterions connaître
l'appréciation que vous portez sur votre hospitalisation.
Merci d'accorder quelques instants au renseignement de ce questionnaire.

**Cochez les cases de vos
choix en tenant compte
des symboles suivants :**



très satisfait(e)



satisfait(e)



peu satisfait(e)



pas satisfait(e)

Renseignements

Nom du service où le patient a été hospitalisé : _____ Date de sortie : _____

Nom du patient (*facultatif*) : _____ Prénom (*facultatif*) : _____ Année de naissance : _____

Qui répond au questionnaire ?

☐

Le patient

☐

Un proche




Votre accueil et droits à l'information

Le livret d'accueil du CHNM vous a-t-il été remis ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aucun souvenir
Un professionnel vous a présenté ce livret d'accueil :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aucun souvenir
Les informations du livret d'accueil sont utiles et claires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Aucun souvenir
Un professionnel vous a proposé de désigner une personne de confiance :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné / Aucun souvenir
Un professionnel vous a demandé si vous avez déjà rédigé des Directives Anticipées :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné / Aucun souvenir
Un professionnel vous a informé de l'existence de Représentants des Usagers au CHNM :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné / Aucun souvenir
Un professionnel vous a informé de votre droit à exprimer une plainte ou réclamation ainsi que de ses modalités :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné / Aucun souvenir





Votre prise en soin

Vous êtes satisfait(e) :					Non concerné / Aucun souvenir
Du délai de votre prise en soin, si vous avez été admis par le service des urgences :					
De la disponibilité du personnel paramédical :					
De la disponibilité du personnel médical :					
Des soins dispensés :					
De l'usage des solutions hydroalcooliques par les professionnels :					
Du respect de la confidentialité sur votre état de santé :					
Du respect de votre intimité :					
De l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette ...), si votre mobilité était réduite :					
Du respect de vos valeurs culturelles (alimentation, religion ...) :					
De la prise en charge de votre douleur, si vous avez été douloureux :					
De l'information relative à vos soins par les paramédicaux :					
De l'information relative à votre santé et soins par les médecins :					
Vous et votre entourage avez été sensibilisés à l'hygiène des mains par des professionnels :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné / Aucun souvenir				
Les soignants ont évalué votre douleur (même si vous n'êtes pas douloureux) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné / Aucun souvenir				

Votre confort hôtelier

					Non concerné / Aucun souvenir
Dans votre chambre, vous êtes satisfait(e) :					
De la qualité du mobilier (lit, fauteuil ...) :					
Du niveau de propreté :					
Du calme / du niveau sonore :					
Concernant les repas, vous êtes satisfait(e) :					
De la qualité :					
De la quantité :					
De la variété des menus :					
De la température des plats :					
La qualité des prestations suivantes, vous êtes satisfait(e) :					
Du téléphone :					
De la télévision :					

La préparation de votre sortie

					Non concerné / Aucun souvenir
Vous êtes satisfait(e) :					
Concernant l'information reçue sur les modalités de sortie (jour, heure, transport, formalités administratives) :					
Des conseils et informations reçus pour votre parcours de soins post hospitalisation :					

Satisfaction globale

Dans l'ensemble, quelle appréciation portez-vous sur votre hospitalisation ?

☐  ☐  ☐  ☐  ☐ Ne se prononce pas

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

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas



Vous avez des remarques à formuler :

Comment remettre le formulaire ?

Après avoir renseigné ce questionnaire, vous pouvez le remettre :

- soit dans la boîte aux lettres du service ;
- soit à un professionnel du service ;
- soit l'adresser par voie postale en l'affranchissant au tarif lettre au :

Centre Hospitalier du Nord-Mayenne
229 boulevard Paul Lintier
CS 60102
53103 MAYENNE Cédex



Réclamation

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser au cadre du service qui vous accompagnera dans la rédaction d'un formulaire ou vous pouvez :

- Vous adresser au secrétariat des Relations avec les Usagers à la Direction Générale
Par téléphone : 02 43 08 22 59
Par mail : direction-usagers@ch-mayenne.fr
- Adresser par courrier une réclamation à l'attention du Directeur du CHNM et/ou au médiateur de votre choix et/ou aux représentants des usagers.
- Solliciter la rencontre d'un des représentants des usagers de votre choix par mail : representants-usagers@ch-mayenne.fr

Votre doléance sera traitée en collaboration avec la Commission Des Usagers. Une réponse vous sera adressée dans les meilleurs délais.