











Exprimez votre degré de satisfaction sur l'accueil :				
Au bureau des entrées.				
Dans le service d'hospitalisation.				
Pour le délai d'installation dans votre chambre				
Dans les autres services (plateau technique...).				





Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ? OUI NON
 Le livret d'accueil vous a-t-il été expliqué ? OUI NON





Au cours de votre séjour :
 Avez-vous pu identifier facilement le **nom** des personnes qui se sont adressées à vous ? OUI NON
 Avez-vous pu identifier la **fonction** des personnes qui se sont adressées à vous ? OUI NON





Exprimez votre degré de satisfaction sur l'information :				
Délivrée par le médecin				
Délivrée par l'équipe soignante				
Délivrée par les autres professionnels				
Délivrée à votre entourage				





Votre **consentement** sur les soins et les traitements vous a-t-il été demandé ? OUI NON

Exprimez votre degré de satisfaction par rapport au respect :				
De votre intimité.				
De votre dignité.				
De vos croyances.				
De la confidentialité sur votre état de santé.				

Exprimez votre degré de satisfaction concernant :				
Les soins.				
La disponibilité des médecins.				
La disponibilité de l'équipe soignante.				
Le délai de réponse à l'appel malade (sonnette)				

Exprimez votre degré de satisfaction :				
La prise en charge de votre douleur <input type="checkbox"/> Concerné <input type="checkbox"/> Non concerné				
La prise en charge de votre handicap (moteur, visuel, auditif...) <input type="checkbox"/> Concerné <input type="checkbox"/> Non concerné				

Exprimez votre degré de satisfaction concernant :				
La préparation de votre sortie.				





Exprimez votre degré de satisfaction concernant les prestations :				
L'accès au centre hospitalier				
La propreté générale				
La propreté de votre chambre.				
Le confort de votre chambre.				
Les repas.	Qualité			
	Quantité			
	Diversité			
	Respect du régime			
Le téléphone.				
La propreté du linge fourni.				
La télévision.				
Environnement : bruit, éclairage...				
Equipement : mobilier, sanitaires...				
La signalétique (panneaux d'orientation, affichage...).				
Le transport dans le cadre de consultations externes				
La sécurité des biens.				
La sécurité des personnes.				

Faites-vous confiance au centre hospitalier Limoux-Quillan ?

OUI NON

Reviendriez-vous en cas de nécessité ?

OUI NON

				
Exprimez votre degré de satisfaction dans l'ensemble.				

Indiquez le service où vous avez été hospitalisé :

Médecine Limoux
 SSR Limoux
 Quillan

Etiez-vous dans une chambre à :

1 lit 2 lits

La durée de votre séjour :

Moins d'une semaine.
 Entre une semaine et un mois.
 Plus d'un mois.

Commentaires et suggestions :

Vous êtes : la personne hospitalisée ; la personne de confiance ;
 autre

(Facultatif)

Nom :

Prénom :

Date : / /

QUE PENSEZ-VOUS DU CENTRE HOSPITALIER LIMOUX-QUILLAN



Très satisfait Satisfait Peu satisfait Mécontent



Ce questionnaire vous est proposé afin d'améliorer la qualité des prestations de votre centre hospitalier.

Vous pouvez choisir de rester anonyme.

Après y avoir répondu, je vous remercie de le remettre à l'équipe soignante ou dans l'urne réservée à cet effet ou de l'envoyer par courrier.

Chaque question vous offre différentes réponses. Cochez la réponse qui correspond à votre avis. Une case est prévue pour recueillir vos commentaires et suggestions.

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu consacrer à remplir ce questionnaire.

Le directeur

**Centre Hospitalier
Limoux-Quillan**
17 rue Madeleine Brès
11300 LIMOUX