



## Vos droits et votre information

S'agit-il de votre première hospitalisation au Centre Hospitalier ?

Oui  Non

Vous a-t-on remis un livret d'accueil ?

Oui  Non

Les informations du livret d'accueil vous ont-elles paru utiles ?

Oui  Non

Avez-vous été informé(e) de votre mode d'hospitalisation et de vos droits ?

Oui  Non



## Votre admission

Etes-vous satisfait de l'accueil :

- par le bureau des admissions
- par le service de soins

NON CONCERNE	TRES SATISFAIT	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre séjour dans l'établissement

Etes-vous satisfait :

- de l'écoute accordée par les soignants
- des soins et des traitements
- des activités proposées par le service  
Précisez : .....
- du soulagement de votre douleur

TRES SATISFAIT	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait :

TRES SATISFAIT	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT

• des informations données :

- par les soignants
- par l'équipe médicale

• du respect de votre intimité et de votre dignité

• de la qualité des contacts humains

• des aspects hôteliers :

- la propreté
- le confort de la chambre
- les repas :
  - en quantité
  - en qualité
- la cafétéria  
(bibliothèque, baby-foot, ...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Avez-vous été changé d'unité d'hospitalisation ?  oui  non

- Si oui, quelle était l'unité à votre arrivée (avant ce changement) ?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Chagall               | P. Picasso               | L. De Vinci              | A. Warhol                | F. Minéo                 |

- Dans quelle autre unité avez-vous été hospitalisé(e) ?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Chagall               | P. Picasso               | L. De Vinci              | A. Warhol                | F. Minéo                 |