

## Votre avis est précieux

Madame, Monsieur,

Vous avez effectué un séjour au Groupe Hospitalier de la Haute-Saône.

Pour améliorer la qualité d'accueil et de la prise en soins, nous vous remercions de compléter ce questionnaire. Vous pouvez le déposer au secrétariat ou le remettre à un professionnel du service. Vous pouvez également l'envoyer par courrier à l'adresse suivante : Groupe Hospitalier de la Haute-Saône – service qualité - 2 rue Heymès - 70014 Vesoul Cedex.

Nous vous remercions, par avance, de votre collaboration.

**Site :**  Vesoul  Gray  Lure  Luxeuil

### Service :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Cardiologie USIC                       | <input type="radio"/> Médecine interne 1   | <input type="radio"/> Médecine Luxeuil      |
| <input type="radio"/> Chirurgie 1 : Chirurgie digestive      | <input type="radio"/> Médecine interne 2   | <input type="radio"/> SMR Oncologie Luxeuil |
| <input type="radio"/> Chirurgie 1 : Urologie                 | <input type="radio"/> Néphrologie          | <input type="radio"/> SMR Gériatrie Luxeuil |
| <input type="radio"/> Chirurgie 2 : Ophtalmologie            | <input type="radio"/> Neurologie - UNV     | <input type="radio"/> Addictologie Lure     |
| <input type="radio"/> Chirurgie 2 : ORL                      | <input type="radio"/> Pédiatrie - Néonatal | <input type="radio"/> Médecine Lure         |
| <input type="radio"/> Chirurgie 2 : Orthopédie Traumatologie | <input type="radio"/> Pneumologie          | <input type="radio"/> SMR Lure              |
| <input type="radio"/> Gastro-entérologie                     | <input type="radio"/> SMR Vesoul           | <input type="radio"/> Médecine Gray         |
| <input type="radio"/> Gériatrie                              | <input type="radio"/> UHCD Vesoul          | <input type="radio"/> SMR Gray              |
| <input type="radio"/> Gynécologie                            | <input type="radio"/> UMPU Vesoul          | <input type="radio"/> UMPU Gray             |
| <input type="radio"/> Maternité-obstétrique                  |  | <input type="radio"/> UHCD Gray             |

**Chambre**  Simple  Double

**Date d'entrée :**

### Votre accueil

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
L'hôpital est-il accessible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été bien accueilli(e) par le bureau des admissions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été bien accueilli(e) au sein du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Oui	Non
Vous a-t-on posé un bracelet d'identification			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous a-t-on remis le livret d'accueil			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous a-t-on présenté le livret d'accueil			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Connaissez-vous l'existence des représentants des usagers			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous a-t-on demandé si vous aviez rédigé des directives anticipées			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous a-t-on demandé si vous aviez désigné votre personne de confiance			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Votre hospitalisation

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
Avez-vous obtenu des informations claires sur votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les médecins ont été à votre écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les infirmier(e)s ont été à votre écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les aides-soignants(e)s ont été à votre écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous satisfait(e) de votre prise en soins médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous satisfait(e) de votre prise en soins infirmière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge aide-soignante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-on pris en compte votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-on vérifié votre identité avant les soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-on respecté votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-on respecté la confidentialité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifiez-vous facilement la fonction des professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la solution hydro alcoolique était-elle disponible dans votre chambre pour l'hygiène des mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels ont-ils frictionné leurs mains avant de vous prendre en soins avec cette solution hydro alcoolique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Votre sortie

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout
Avez-vous été informé(e) pour votre suivi médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous reçu l'information sur les médicaments de votre ordonnance de sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été informé(e) sur la reprise d'activités après votre hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## L'hôtellerie

	Oui tout à fait	Oui en partie	Pas du tout	Non concerné
Votre chambre était-elle confortable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre chambre était-elle propre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La température ambiante de votre chambre était-elle adaptée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-on respecté le calme et la tranquillité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les repas étaient-ils de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les menus étaient-ils variés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vos préférences alimentaires ont-elles été respectées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Votre satisfaction globale

Recommanderiez-vous notre établissement  Oui  Non

Quelle note donneriez-vous de 1 à 10 (Cochez la case)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Non satisfaisant				Satisfaisant			Très satisfaisant		

Avez-vous des suggestions :

POUR ACCÉDER AU QUESTIONNAIRE  
EN LIGNE VOUS POUVEZ SCANNER LE  
QR CODE CI-CONTRE =>

