



# QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Ce questionnaire vous est proposé afin de nous permettre d'améliorer la qualité des services du centre hospitalier de Provins.  
Nous souhaitons connaître votre avis sur l'accueil, l'information et les prestations qui vous sont offertes.

## INFORMATIONS GENERALES

Nom (facultatif) : .....

Age : .....

Service d'hospitalisation : .....

Date du séjour : .....

D'une façon générale, êtes-vous satisfait de votre séjour au Centre Hospitalier de PROVINS: OUI  NON

## L'ACCUEIL



| Quel est votre degré de satisfaction concernant l'accueil ? |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| - au téléphone et au standard                               |  |  |  |  |
| - lors des formalités administratives                       |  |  |  |  |
| - au service des urgences                                   |  |  |  |  |
| - dans votre service d'hospitalisation                      |  |  |  |  |
| - aux consultations externes                                |  |  |  |  |

## LES PRESTATIONS DE SOINS



| Comment estimez-vous votre relation avec les médecins ?               |                              |                              |  |  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|--|
| - disponibilité   |                              |                              |  |  |
| - amabilité   |                              |                              |  |  |
| - qualité des soins   |                              |                              |  |  |
| Comment estimez-vous votre relation avec le personnel soignant ?      |                              |                              |  |  |
| - disponibilité   |                              |                              |  |  |
| - amabilité   |                              |                              |  |  |
| - qualité des soins   |                              |                              |  |  |
| Exprimez votre degré de satisfaction sur les délais d'attente :       |                              |                              |  |  |
| - aux urgences ?  |                              |                              |  |  |
| - pour les examens de radiologie ?                                    |                              |                              |  |  |
| - pour les consultations externes ?                                   |                              |                              |  |  |
| - au bloc opératoire ?  |                              |                              |  |  |
| Estimez-vous que votre dignité et votre intimité ont été respectées ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  |  |

## LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



|  |                              |                              |  |  |
|--|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Quel est votre degré de satisfaction concernant la prise en charge de la douleur ? |                              |                              |  |  |
| si vous avez eu mal, estimez-vous avoir été soulagé ?                              | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |  |  |

## L'INFORMATION



|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Quel est votre degré de satisfaction concernant l'information |  |  |  |  |
| - sur votre état de santé                                     |  |  |  |  |
| - sur votre traitement  |  |  |  |  |
| Estimez-vous être bien préparé à votre sortie de l'hôpital ?  |  |  |  |  |
| - prise en compte de votre devenir                            |  |  |  |  |
| - information sur votre traitement à suivre                   |  |  |  |  |
| - information sur vos prochaines consultations                |  |  |  |  |

## L'HEBERGEMENT



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Quel est votre degré de satisfaction concernant  |  |  |  |  |
| - la propreté de l'hôpital ?   |  |  |  |  |
| - l'entretien de votre chambre ?   |  |  |  |  |
| - le confort de votre chambre ?  |  |  |  |  |
| - les repas : qualité  |  |  |  |  |
| quantité   |  |  |  |  |
| variété  |  |  |  |  |
| - la bibliothèque mobile ?   |  |  |  |  |
| - les services proposés par la boutique ? (télévision – téléphone - articles en vente) |  |  |  |  |
| - le calme : le jour   |  |  |  |  |
| la nuit ?  |  |  |  |  |

### Remarques et suggestions :

.....

.....

.....

MERCI D'AVOIR COMPLETE CE QUESTIONNAIRE

Une fois complété, vous pouvez déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans chaque service ou l'adresser au :

**Centre hospitalier Léon Binet - Direction des relations avec les usagers**  
**BP 212 - Route de Chalautre 77488 PROVINS CEDEX**

[dru@ch-provins.fr](mailto:dru@ch-provins.fr)