



HÔPITAL PRIVÉ PARIS ESSONNE
LES CHARMILLES

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

HÔPITAL PRIVÉ PARIS ESSONNE – LES CHARMILLES

12 Boulevard Pierre Brossolette - 91290 ARPAJON

01 69 26 88 88

www.hopital-prive-paris-essonne.com

Tous acteurs de votre santé

SEJOUR EN MCO

DATE D'ENTREE : _____ Chirurgien : _____
 Ambulatoire Hospitalisation
 NOM Prénom : _____ (facultatif)

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être pris en charge dans notre établissement, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire afin de nous aider à améliorer nos pratiques :

NC : Non concerné(e)

LIVRET

1. Avez-vous reçu un livret d'accueil (et vous a-t-il été expliqué) ? Oui Non

LA PRÉPARATION DE VOTRE HOSPITALISATION

					NC
2. Qualité des informations données par le chirurgien et/ou le spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qualité des informations données par l'anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qualité des informations données par le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE ACCUEIL ET VOTRE ADMISSION A LA CLINIQUE

5. Accueil et amabilité du personnel administratif (accueil, entrées, sorties)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualité de la signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DE SOINS

8. Prise en charge par le personnel soignant de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prise en charge par le personnel soignant de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PASSAGE AU BLOC OPERATOIRE

10. Comment percevez-vous votre prise en charge au bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si vous êtes allé au bloc debout, êtes-vous satisfait des modalités d'accès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

12. Satisfaction de la prise en charge de la douleur le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Satisfaction de la prise en charge de la douleur la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les traitements non médicamenteux ont-ils été efficaces (cryothérapie, chaleur...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPECT DE VOS DROITS

15. Respect de la confidentialité de vos informations (personnelles, médicales et sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Respect de votre intimité / Dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Qualité de l'accompagnement de vos proches/famille (hébergement, restauration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE OPINION SUR LE SERVICE HOTELIER

18. Qualité de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Propreté/hygiène de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Respect de votre régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

22. Qualité de l'organisation de votre sortie (date, heure, destination...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Qualité des informations sur votre sortie (n° de téléphone à contacter si besoin, documents de sortie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE APPRÉCIATION GÉNÉRALE

24. Avis global sur votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Recommanderiez-vous notre établissement à votre entourage ?	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Vos commentaires :

.....

.....

.....

.....

Qu'est-ce qu'e-Satis ?

Si vous sortez directement à votre domicile, vous recevrez sous 15 jours une enquête nationale de satisfaction menée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a lieu après votre sortie, sur internet, à partir de 15 jours après votre hospitalisation et peut être renseignée pendant 3 mois. Vous recevrez un mail de la HAS, il vous suffira de cliquer sur le lien pour accéder au questionnaire E-Satis. Votre participation permet d'attribuer une note de satisfaction consultable sur le site internet Scope Santé.

Consentement pour recevoir l'enquête E-satis : Oui Non





Adresse email :

Informations sur le règlement général de la protection de vos données personnelles :

La clinique des Charmilles traite les données recueillies dans le but d'évaluer votre satisfaction et d'améliorer nos pratiques.

Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de limitation de vos données personnelles auprès de notre déléguée à la protection des données : dpo.groupe@almaviva-sante.com

Légende :

	Très satisfait
	Satisfait
	Peu satisfait
	Pas du tout satisfait
NC	Non concerné