



Améliorer votre prise en charge et mieux répondre à vos attentes, tels sont nos objectifs. C'est pourquoi votre expérience nous intéresse. Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques instants à ce questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres installée à la sortie du service ou le remplir en ligne.

Vous pouvez consulter les résultats sur le site internet des Hôpitaux du Léman : <https://www.hopitauxduleman.fr>

Votre unité de soins

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Lumière du Lac (USLD) | <input type="checkbox"/> Pneumologie-Oncologie-Médecine polyvalente |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique | <input type="checkbox"/> Maternité | <input type="checkbox"/> Pédiatrie-Néonatalogie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie viscérale, urologie, gynécologie, gastroentérologie ORL (VUGGO) | <input type="checkbox"/> Néphrologie-Rhumatologie-Neurologie | <input type="checkbox"/> UHCD |

Nom / Prénom (facultatif) Age Genre Masculin Féminin

Mois d'entrée dans l'unité d'hospitalisation

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Janvier | <input type="checkbox"/> Mars | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Juillet | <input type="checkbox"/> Septembre | <input type="checkbox"/> Novembre |
| <input type="checkbox"/> Février | <input type="checkbox"/> Avril | <input type="checkbox"/> Juin | <input type="checkbox"/> Aout | <input type="checkbox"/> Octobre | <input type="checkbox"/> Décembre |

Mode d'entrée

- Hospitalisation programmée Urgence

Durée du séjour

- 1 jour 2 à 7 jours + 7 jours

Lors de votre arrivée à l'hôpital, les professionnels avec lesquels vous avez été en contact :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Sans opinion
vous ont délivré suffisamment d'informations à votre arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont aidé dans vos démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont remis le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		

Pendant votre séjour à l'hôpital, vous avez été en relation avec des professionnels de santé. Selon vous, ces professionnels :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Sans opinion
vous ont indiqué leur nom et fonction en se présentant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont aidé pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ont pris en compte vos inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ont respecté votre intimité lors de vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ont respecté la confidentialité et le secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont donné des informations claires et faciles à comprendre sur votre état de santé et vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ont répondu à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont impliqué, vous et/ou vos proches, dans les décisions concernant vos soins ou traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ont vérifié votre identité avant la réalisation de vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont dit à quoi servaient les médicaments qui vous ont été prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont traité avec respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Avant votre sortie de l'hôpital, les professionnels de santé

	Oui tout à fait	Oui en partie	Non	Sans avis
vous ont expliqué la liste et les doses des médicaments à prendre à la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont expliqué les effets de vos médicaments que vous devez surveiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont expliqué les signes ou complications devant vous amener à les recontacter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ont discuté avec vous de l'aide dont vous aviez besoin après la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont donné des informations sur la reprise de vos activités quotidiennes après la sortie (travail, sport, activités habituelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont donné des informations sur le suivi de vos soins après la sortie (prochains rendez-vous, prochains soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Globalement, selon vous, les professionnels de santé :

	Oui tout à fait	Oui en partie	Non	Sans avis
ont eu une bonne coordination et un bon suivi des informations entre eux autour de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous ont donné des informations cohérentes entre elles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez- vous constaté des dysfonctionnements ou erreurs au cours de votre prise en charge ?

Oui Non

Si oui, précisez.

L'équipe a t-elle été informée

Oui Non

Une solution a-t-elle été mise en place ?

Oui Non

Concernant la ou les chambre(s) où vous avez séjourné, avez-vous été satisfait(e) ?

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Sans opinion
du confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du calme et de la tranquillité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les repas qui vous ont été servis, avez-vous été satisfait(e) ?

de la qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la variété des plats proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appréciation globale de votre séjour

De façon générale, êtes-vous satisfait(e) de votre séjour dans notre établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Qu'avez vous retenu de négatif avant et pendant votre hospitalisation ?

Qu'avez-vous retenu de positif avant et pendant votre hospitalisation ?

