

# Questionnaire de sortie Groupe Hospitalier Bretagne Sud



## Améliorons ensemble la qualité de votre séjour

Madame, Monsieur,

Soucieux de l'amélioration de la qualité des soins et des services rendus, nous souhaiterions recueillir l'appréciation que vous portez sur votre séjour ou celui de l'un de vos proches. Ce questionnaire vous permettra de noter vos observations en toute liberté pour nous aider à vous accueillir dans les meilleures conditions. Au nom des professionnels, je vous remercie de bien vouloir y consacrer quelques instants.

Merci de votre confiance, Le Directeur du GHBS

Vous êtes :  Le patient  La famille ou un proche Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_\_

Site du GHBS dans lequel vous avez été hospitalisé :

Bois Joly Quimperlé  Kerbermes Ploemeur  Kerlivio Hennebont  La Villeneuve Quimperlé  Le Faouët  Quimperlé  Riantec  Scorff Lorient  TER

Nom du service dans lequel vous avez été hospitalisé :

### L'accueil aux urgences

Votre hospitalisation a-t-elle eu lieu après un passage aux urgences ?  Oui  Non

Si oui, que diriez-vous de l'accueil aux urgences ?

Mécontent	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### L'accueil, à votre arrivée que diriez-vous :

	Mécontent	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
De l'accès à l'hôpital (signalisation en ville, stationnement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil dans le hall d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la signalétique interne (balisage, fléchage intérieur, etc.) pour vous rendre dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil lors des formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'identification des professionnels et de leur fonction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations données sur le fonctionnement du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu un livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

### L'information donnée. Au cours de votre prise en charge, que diriez-vous de l'information :

Au cours de votre prise en charge, que diriez-vous de l'information donnée :

Sur la possibilité de désigner une personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre état de santé, les soins et examens prévus, les traitements proposés, les effets secondaires, les complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur la programmation des soins et examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les directives anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### La prise en charge. Au cours de votre prise en charge, que diriez-vous :

	Mécontent	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Des relations avec les professionnels (politesse, amabilité, disponibilité, écoute, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité des informations vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de vos croyances et convictions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Flashez ce code et donnez votre avis en ligne



Vous a-t-on demandé votre accord pour la réalisation des soins et examens ?  Oui  Non  Non concerné

En cas de refus, vous a-t-on informé des conséquences pour votre santé ?  Oui  Non

Les professionnels ont-ils régulièrement vérifié votre identité au cours de votre séjour ?  Oui  Non

## Le confort et les conditions de séjour

Que diriez-vous :

	Mécontent	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Du confort et de l'équipement de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté de la chambre et des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté des locaux communs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité des prestations mises à disposition (télévision, téléphone, accès internet, presse, distributeurs, cafétéria, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des repas servis (qualité, quantité, horaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des conditions de visite de votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## La sortie

Que diriez-vous de la préparation du retour à domicile :

	Mécontent	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
De votre participation à la préparation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information donnée sur la date et l'heure prévue de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la date et de l'heure de sortie annoncées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations et conseils délivrés au moment du départ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des documents nécessaires au suivi (ordonnances, prochain RDV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## La satisfaction générale

En évaluant l'ensemble des aspects de votre séjour, quelle note de 1 à 10 donneriez-vous ?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Remarques et suggestions :

---



---



---

Date : \_\_\_\_\_

Age:

Sexe :  Homme  Femme

Merci de bien vouloir remettre ce questionnaire complété au personnel du service ou dans la boîte prévue à cet effet à la sortie du service ou à l'accueil de l'hôpital ou d'en faire retour par courrier au :

Groupe Hospitalier Bretagne Sud  
Direction Qualité Gestion des Risques  
5 avenue de Choiseul BP 12233  
56322 Lorient CEDEX

Si vous souhaitez porter réclamation, merci de prendre contact avec la  
Direction Clientèle, Parcours Patients, Relations avec les Usagers et  
Communication

au 02 97 06 98 63, [dcprpu@ghbs.bzh](mailto:dcprpu@ghbs.bzh)

ou aux représentants des usagers : [representantsdesusagers@ghbs.bzh](mailto:representantsdesusagers@ghbs.bzh)

