

Nous vous remercions de consacrer quelques instants à renseigner ce questionnaire. Vos réponses nous aideront à améliorer la qualité de nos prestations. Une fois ce questionnaire rempli, vous pouvez le remettre à votre équipe soignante, à votre sortie au bureau des séjours, dans la boîte aux lettres de l'Accueil ou l'adresser par courrier à :

**Direction des relations avec les usagers,
Etablissement Psychiatrique de Loire-Atlantique Nord, B.P. 59, 44130 BLAIN**

VOTRE ACCUEIL



- Votre impression sur l'établissement à votre arrivée
- Votre accueil par le personnel administratif
- Votre accueil par le personnel soignant, médecin et/ou cadre de santé

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Votre impression sur l'établissement à votre arrivée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre accueil par le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre accueil par le personnel soignant, médecin et/ou cadre de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE INFORMATION



- Les informations données sur les modalités de votre hospitalisation (libre ou sous contrainte) et sur vos droits
- Les information données par l'équipe soignante
- L'information sur la date et l'heure de votre sortie
- Les information contenues dans le livret d'accueil

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Les informations données sur les modalités de votre hospitalisation (libre ou sous contrainte) et sur vos droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les information données par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur la date et l'heure de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les information contenues dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS SOINS



- L'attention et l'intérêt témoignés à votre égard par le personnel du service
- Le respect de votre intimité
- Possibilité de contacter le médecin au cours de l'hospitalisation
- Prise en compte et traitement de votre douleur
- La qualité des soins de jour
- La qualité des soins de nuit
- La qualité des soins du week-end

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'attention et l'intérêt témoignés à votre égard par le personnel du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité de contacter le médecin au cours de l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte et traitement de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins du week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SÉJOUR



	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'hygiène de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'ambiance du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité de nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le repos dans de bonnes conditions et quand vous le souhaitez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE



	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'aide apportée par les professionnels dans la préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évolution de votre état de santé par rapport à votre arrivée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS REMARQUES/SUGGESTIONS (ou celles de votre famille)



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOUS VOUS REMERCIONS DE COMPLETER LES ELEMENTS SUIVANTS :

Votre unité d'hospitalisation : Questionnaire rempli le :

Votre âge : Votre sexe : Féminin Masculin

Votre mode d'hospitalisation à l'arrivée : SL SDT SDRE

Nom/Prénom (facultatif) :