

Madame, Monsieur,

Vous avez été accueilli(e) dans une unité de soins du **Centre Hospitalier Spécialisé de l'Yonne**, le personnel, les médecins et la Direction vous remercient de votre confiance.

Afin d'évaluer la qualité des soins et des services de notre établissement, nous souhaiterions connaître votre opinion sur la prise en charge dont vous venez de bénéficier.

Aussi, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce **questionnaire anonyme**, qu'il suffira de remettre soit à un membre de l'équipe soignante, soit au bureau des admissions dans une boîte prévue à cet effet, ou encore de renvoyer par la poste à l'adresse suivante : C.H.S. de l'Yonne -Bureau des Admissions- 4 avenue Pierre Scherrer - B.P. 99 - 89 011 AUXERRE Cedex-

**Votre concours nous est précieux.
Ensemble, améliorons la qualité du séjour des patients.**

Nom de l'Unité dans laquelle vous avez été hospitalisé(e) :

Date de remplissage du questionnaire : mois année

Vous êtes un(e) : Homme Femme

Votre âge : ans

Est-ce votre premier séjour au C.H.S. de l'Yonne ? oui non

Exprimez votre degré de satisfaction concernant :

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Votre accueil au C.H.S. de l'Yonne				
• Les facilités d'accès et de stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'accueil :				
✓ au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les formalités administratives lors de votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les délais d'attente :				
✓ au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'information

Vous a-t-on remis un livret d'accueil ? oui non

- Si oui,
- Il était déposé dans votre chambre
 - Il vous a été remis en main propre par l'équipe soignante
 - autre

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'information communiquée sur les conditions de votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'information médicale donnée par votre médecin :				
✓ sur votre état de santé, votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ sur le déroulement des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ sur le traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'information sur les possibilités de prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'information sur le respect de vos droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

