

Que pensez-vous de votre séjour ?

Soucieux de toujours améliorer la qualité de nos prestations au niveau de l'accueil et de l'hospitalisation, nous serions heureux de recueillir au terme de votre séjour dans notre établissement, vos remarques, tant positives que négatives, ainsi que vos propositions d'améliorations.

Aussi, nous vous remercions de prendre quelques minutes de votre temps pour **compléter ce questionnaire anonyme**.

Nous vous invitons à déposer ce formulaire dans l'urne prévue à cet effet dans votre unité, ou au niveau de l'accueil. Vous pouvez encore le faire parvenir par mail à contact.qualite@hap.be

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous adresser à un membre du personnel.

Afin de pouvoir traiter correctement les résultats, nous vous demandons de **bien spécifier l'unité** dans laquelle vous avez séjourné et d'évaluer chaque proposition en **noircissant entièrement** et sans déborder la case correspondant le plus à votre sentiment :

De « **pas du tout satisfait** »  à « **tout à fait satisfait** » 



Si vous n'avez pas été concerné(e) par l'aspect considéré, veuillez noircir la case « Non Concerné ».

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et propositions d'améliorations sur la page prévue à cet effet.

Nous vous remercions d'avance pour votre contribution.

Contact:

CHU Ambroise Paré – Département Qualité

2, Boulevard Kennedy - 7000 Mons

contact.qualite@hap.be



Questionnaire Psychiatrie

Vous êtes hospitalisé(e)
dans l'unité de soins :

1. Vous êtes de sexe :

- Féminin
 Masculin

2. Quel est votre âge :

- < 18 ans 18 - 29 ans 30 - 44 ans
 45 - 59 ans 60 - 74 ans > 74 ans

3. Combien de temps a duré votre séjour ?

- < 6 jours entre 6 et 21 jours entre 22 jours et 3 mois plus de 3 mois

Avant le séjour

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

- | | | | | | | Non
Concerné(e) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. J'ai reçu toutes les informations utiles pour mon admission à l'hôpital. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'ai été informé(e) sur le coût de mon séjour à l'hôpital. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avant mon admission, j'ai apprécié le contact avec le personnel de l'hôpital. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pendant le séjour : Communication

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

- | | | | | | | Non
Concerné(e) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. J'ai été informé(e) sur le projet thérapeutique et sur le règlement d'ordre intérieur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tout au long de mon séjour, j'ai été informé(e) sur le déroulement de la journée, les rendez-vous et les activités proposées. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. J'ai reçu de la part des médecins des explications et des réponses claires et compréhensibles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'ai reçu de la part des infirmières des explications et des réponses claires et compréhensibles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. J'ai reçu de la part des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des logopèdes, des psychologues, des éducateurs,... des explications et des réponses claires et compréhensibles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ma famille et mes proches ont eu la possibilité de parler à l'équipe thérapeutique qui s'occupait de moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. J'ai pu être acteur de mon projet thérapeutique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pendant le séjour : Relation avec le personnel

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

- | | | | | | | Non
Concerné(e) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. L'accueil dans l'unité de soins a été chaleureux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Les membres du personnel se sont présentés à moi en m'expliquant leur fonction. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. En cas de rendez-vous, de consultations ou d'activités effectués en dehors de l'unité de soins, j'ai apprécié l'amabilité du personnel qui s'est occupé de moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Les médecins ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Les infirmières ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, psychologues, éducateurs,... ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins.

					Non Concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. J'ai eu le sentiment d'avoir été traité(e) avec respect, sans jugement, et que ma dignité a été préservée.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

21. Le personnel a respecté la confidentialité de ma situation.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Pendant le séjour : Qualité des soins

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

					Non Concerné(e)
--	--	--	--	--	-----------------

22. Les soins et les activités thérapeutiques ont répondu à mes attentes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

23. Le personnel a pris en compte mes plaintes concernant mes douleurs physiques.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

24. Le personnel m'a aidé à retrouver ou à conserver mon autonomie (repas, toilettes).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Pendant le séjour : Environnement

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

					Non Concerné(e)
--	--	--	--	--	-----------------

25. Les chambres et les lieux de vie sont propres.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

26. Les chambres et les lieux de vie sont confortables (lit, fauteuil, sanitaires, température, lumières,...).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27. J'ai apprécié les repas (quantité, présentation, variété,...).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

28. L'environnement du service était calme.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

29. Le personnel favorise un climat serein entre les patients.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sortie de l'hôpital

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

					Non Concerné(e)
--	--	--	--	--	-----------------

30. J'ai été informé(e) suffisamment tôt du moment de ma sortie (date, heure).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

31. J'ai reçu les informations concernant mon traitement et la poursuite des soins après ma sortie.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

32. Je me suis senti(e) prêt(e) à quitter l'hôpital à la fin de mon séjour.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Appréciation générale

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

--	--	--	--	--

33. J'ai le sentiment que ma santé s'est améliorée au cours de mon séjour.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

34. Globalement, je suis satisfait(e) de mon séjour à l'hôpital.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

35. Recommanderiez-vous notre hôpital à votre entourage ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Pourquoi avez-vous choisi notre hôpital ?

Plusieurs réponses possibles

- a. Mon médecin traitant me l'a conseillé
- b. L'hôpital a une bonne réputation
- c. J'habite à proximité de l'hôpital
- d. Un spécialiste de l'hôpital a une bonne réputation
- e. J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure
- f. Un proche (famille, ami) me l'a conseillé
- g. Je suis venu(e) en consultation dans la clinique
- h. Un spécialiste extérieur à l'hôpital me l'a conseillé
- i. Un service de l'hôpital a une bonne réputation
- j. Je n'ai pas choisi (urgence)
- k. Un membre de ma famille ou un proche y travaille
- l. Autres :

Ce que j'ai apprécié durant mon séjour dans ce service, c'est:

Ce que je propose comme améliorations dans ce service, c'est :

Nous vous remercions pour votre collaboration