



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"/> |
| 5. J'ai été informé(e) sur le coût de mon séjour à l'hôpital. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avant mon admission, j'ai apprécié le contact avec le personnel de l'hôpital. | <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"/> |
| 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"/> |
| 9. J'ai reçu de la part des médecins des explications et des réponses claires et compréhensibles. | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'ai reçu de la part des infirmières des explications et des réponses claires et compréhensibles. | <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"/> |
| 12. Ma famille et mes proches ont eu la possibilité de parler à l'équipe thérapeutique qui s'occupait de moi. | <input type="checkbox"/> |
| 13. J'ai pu être acteur de mon projet thérapeutique. | <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"/> |
| 15. Les membres du personnel se sont présentés à moi en m'expliquant leur fonction. | <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"/> |
| 17. Les médecins ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins. | <input type="checkbox"/> |
| 18. Les infirmières ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins. | <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"/>					

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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

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

<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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

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

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

28. L'environnement du service était calme.

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

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

<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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

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

<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"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

35. Recommanderiez-vous notre hôpital à votre entourage ?

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