

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 pôle Pôle EST Pôle OUEST Pôle INTERSECTORIEL

VOTRE ACCUEIL



Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

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

VOTRE INFORMATION



Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Les informations données sur les modalités de votre hospitalisation (libre ou sous contrainte) et sur vos droits

Les informations données par l'équipe soignante

L'information sur la date et l'heure de votre sortie

Les informations contenues dans le livret d'accueil

VOS SOINS



Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

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

VOTRE SÉJOUR



Très satisfait **Satisfait** **Peu satisfait** **Insatisfait**

Le confort de la chambre

L'équipement de la chambre

L'hygiène de la chambre

L'ambiance du service

La qualité de la nourriture

La quantité de nourriture

La présentation de la nourriture

Les horaires des repas

Le repos dans de bonnes conditions et quand vous le souhaitez

VOTRE SORTIE



Très satisfait **Satisfait** **Peu satisfait** **Insatisfait**

L'aide apportée par les professionnels dans la préparation de votre sortie

Évolution de votre état de santé par rapport à votre arrivée

VOS REMARQUES/SUGGESTIONS (ou celles de votre famille)



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRANSPORT SANITAIRE

Avez-vous une prescription médicale de transport sanitaire  OUI  NON

Avez-vous pu en bénéficier ?  OUI  NON

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

Si oui, êtes-vous satisfait de votre recherche de transporteur ?

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

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

Etes-vous satisfait de la ponctualité du transporteur ?

Etes-vous satisfait de la communication avec le transporteur ?

VOS COMMENTAIRES

.....
.....
.....

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) :