



Madame, Monsieur,

Pour cela, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire. L'analyse de vos réponses nous permettra d'améliorer la qualité des prestations au service du patient.

Service d'hospitalisation :

Date de sortie du séjour :

Veuillez mettre une croix dans la case correspondante.



Quelle appréciation portez-vous sur ?



Les consultations

Prise des rendez vous

Délai d'attente

Disponibilité /accueil

Information suffisante par le praticien

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Les Accueils Patients Facturations

Délai d'attente

Amabilité du personnel

Information sur les documents à fournir

Respect de la confidentialité

Le service des admissions des urgences

Délai d'attente

Information suffisante

Prise en charge soignante et médicale

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

L'hébergement

Température des locaux

Silence respecté

Hygiène des locaux

Propreté du Linge

Prestations hôtelières (TV-Téléphone)

Coin boutique- SOFRATEL

Les repas ou collations

Diversité

Qualité

Quantité

Température des plats

Respect des régimes

Horaires



NC

Le brancardage

Amabilité

☐☐☐☐☐

Respect de votre intimité

☐☐☐☐☐

Le bloc opératoire

Prise en charge soignante

☐☐☐☐☐

Identité vérifiée

☐☐☐☐☐

Amabilité

☐☐☐☐☐

Respect de l'intimité

☐☐☐☐☐

Les relations avec le personnel soignant

Disponibilité et écoute

☐☐☐☐☐

Prise en charge de la douleur

☐☐☐☐☐

Prise en compte de vos besoins

☐☐☐☐☐

Respect de l'intimité et de la confidentialité

☐☐☐☐☐

Les relations avec le médecin

Disponibilité et écoute

☐☐☐☐☐

Prise en charge de la douleur

☐☐☐☐☐

Prise en compte de vos besoins

☐☐☐☐☐

Respect de l'intimité et de la confidentialité

☐☐☐☐☐

L'accès à l'information concernant ...

Votre état de santé

☐☐☐☐☐

Les soins donnés pendant votre séjour

☐☐☐☐☐

Les bénéfices-risques liés aux traitements médicaux

☐☐☐☐☐

Le contenu du livret d'accueil patient

☐☐☐☐☐

Les suites après votre sortie (traitement, rendez-vous)

☐☐☐☐☐

Respect de la charte de la personne hospitalisée (cf. p. 17 du livret d'accueil)

Le CHL respecte cette charte de manière...

☐☐☐☐☐

Votre niveau de satisfaction globale sur votre séjour (note sur 10)



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



D'autres remarques ou suggestions personnelles

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre enquête. En espérant que le séjour vous ait donné entière satisfaction. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.

Vous pouvez remettre ce questionnaire selon votre choix : au service, à l'Accueil Patient Facturation, dans la boîte aux lettres réservée au questionnaire disposée.



Hôpitaux Publics de l'Artois

Centre Hospitalier de Lens

99, Route de La Bassée - Sac Postal 08

62307 LENS Cedex

Téléphone : 03 21 69 12 34

www.ch-lens.fr