Pour une note inférieure à 7, pouvez-vous nous indiquer ce que vous avez vécu comme maltraitant :

\\\\ APPRECIATION GLOBALE

Quelle est votre opinion globale sur le déroulement de votre séjour ?

☐ *Très satisfait* ☐ *Satisfait* ☐ *Peu satisfait* ☐ *Pas du tout satisfait*

Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?

Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge ?

\\\\ RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS

Vous êtes : ☐ *Une femme* ☐ *Un homme*

Votre âge : ☐ *Moins de 18 ans* ☐ *de 18 à 40 ans* ☐ *de 41 à 65 ans* ☐ *de 66 à 80 ans* ☐ *plus de 80 ans*

Combien de temps avez-vous été hospitalisé ?

☐ *Moins de 7 jours* ☐ *Entre 7 jours et un mois* ☐ *Entre 1 et 3 mois*
☐ *Entre 3 mois et 6 mois* ☐ *Plus de 6 mois*

Votre mode d'hospitalisation lors de votre admission :

☐ *Hospitalisation libre* ☐ *Ne sait pas*
☐ *Hospitalisation sans consentement*

Merci pour votre participation

Centre Hospitalier du Gers
Santé mentale

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION
Hospitalisation complète - Hôpital de jour

Le Centre Hospitalier du Gers a le souci de vous accueillir dans les meilleures conditions possibles. Pour nous y aider, vos remarques et vos suggestions nous sont indispensables.

Nous vous remercions de consacrer quelques instants pour remplir ce questionnaire. Vous pouvez le déposer dans la boîte aux lettres qui est à votre disposition dans l'unité de soins, ou l'adresser par courrier à :

CENTRE HOSPITALIER DU GERS
Cellule qualité
10, rue Michelet - BP 70363
32008 AUCH CEDEX

Si vous ne souhaitez pas ou n'êtes pas actuellement en mesure de répondre à ce questionnaire :

☐ *Merci de cocher cette case*

Unité d'hospitalisation :

☐ *Clinique Marguerite Duras* ☐ *Hôpital de Jour Psychogériatrie*
☐ *Clinique Pussin* ☐ *Hôpital de Jour Régis*

Ce questionnaire est rempli par :

☐ *Le patient* ☐ *Un parent ou un proche*
☐ *Le patient avec un parent ou un proche* ☐ *Le patient avec un professionnel*

Si vous êtes un parent ou un proche, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même

Mois de sortie de l'unité : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

\\\\ VOTRE ACCUEIL

Vous a-t-on remis le livret d'accueil au cours de votre séjour ?

☐ *Oui* ☐ *Non* ☐ *Ne sait pas*

Si oui, en avez-vous pris connaissance ?

☐ *Oui* ☐ *Non*

Etes-vous satisfait de votre accueil et des informations qui vous ont été données :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Ne se souvient pas
Accueil du personnel dans le service (politesse, hospitalité, gentillesse, réconfort)	☐	☐	☐	☐	☐
Informations données sur votre mode d'hospitalisation (libre / sans consentement)	☐	☐	☐	☐	☐
Informations données sur l'organisation du service (fonctionnement, présentation des professionnels, des lieux, des activités)	☐	☐	☐	☐	☐

\\\\ VOTRE SEJOUR ET VOTRE PRISE EN CHARGE

Etes-vous satisfait des locaux (propreté des locaux, environnement sonore, confort de la chambre, ...) ?

☐ *Très satisfait* ☐ *Satisfait* ☐ *Peu satisfait* ☐ *Pas du tout satisfait*

Quand vous souhaitiez vous reposer dans la journée, avez-vous pu le faire dans de bonnes conditions et dans un lieu adapté (accès aux chambres, fermeture des volets, calme, confort...) ?

☐ *Très facilement* ☐ *Facilement* ☐ *Difficilement* ☐ *Impossible* ☐ *Non concerné*

Etes-vous satisfait de la qualité des prestations hôtelières ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
Linge personnel	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité des repas	☐	☐	☐	☐	☐
Quantité des repas	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous bénéficié d'activités thérapeutiques ou occupationnelles pendant votre séjour (sport, art-thérapie, musicothérapie, ergothérapie, sorties ou séjours thérapeutiques, cafeteria...)

☐ *Oui* ☐ *Non*

Si oui, en êtes-vous satisfait ?

☐ *Très satisfait* ☐ *Satisfait* ☐ *Peu satisfait* ☐ *Pas du tout satisfait*

Etes-vous satisfait de votre prise en charge :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Ecoute accordée par les professionnels (psychiatre, soignant, psychologue, assistante sociale...)	☐	☐	☐	☐
Disponibilité des professionnels	☐	☐	☐	☐
Explications données sur vos soins et vos traitements	☐	☐	☐	☐
Respect de votre dignité (intimité lors des soins, des consultations ; environnement et locaux adaptés ; attitude respectueuse des professionnels...)	☐	☐	☐	☐
Respect de la confidentialité	☐	☐	☐	☐

Les rencontres avec votre médecin :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Etes-vous satisfait des rencontres que vous avez pu avoir avec votre médecin	☐	☐	☐	☐
Etes-vous satisfait de la fréquence des rencontres avec votre médecin	☐	☐	☐	☐

Votre sortie :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
Etes-vous satisfait de l'organisation de votre sortie	☐	☐	☐	☐	☐
Etes-vous satisfait des informations données sur l'organisation des soins et traitements à poursuivre	☐	☐	☐	☐	☐

En cas de douleur physique, êtes-vous satisfait de la manière dont les professionnels l'ont prise en compte ?

☐ *Très satisfait* ☐ *Satisfait* ☐ *Peu satisfait* ☐ *Pas du tout satisfait* ☐ *Je n'ai pas eu de douleur physique*

Sur une échelle de 1 à 10 (1 = mauvais ; 10 = très bon), diriez-vous que nous avons été bientraitant (bienveillant, respectueux, prévenant,...) avec vous durant votre séjour ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 10