

Madame, Monsieur,

Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer la qualité, la sécurité des soins et les conditions de confort les meilleures pendant votre hospitalisation.

Les quelques instants que vous consacrerez à remplir ce questionnaire nous permettront de continuer à nous améliorer.

En vous souhaitant un prompt rétablissement.



**Frédéric CUVILLIER**  
Maire de Boulogne-sur-Mer  
Président du Conseil de Surveillance  
du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

**Yves MARLIER**  
Directeur  
du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

**Dr Thierry STEKELOROM**  
Président de la Commission  
Médicale d'Établissement  
du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Service : ..... N° chambre : .....

Période d'hospitalisation : du ..... au .....

A votre arrivée

					Non concerné(e)
Comment avez-vous été accueilli(e) par le personnel des admissions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment avez-vous été accueilli(e) par le personnel du service de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous reçu un livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	Oui		<input type="checkbox"/>	Non

Pendant votre séjour

Les professionnels se sont-ils présentés à vous ? (médecins, infirmiers, aides-soignants, brancardiers...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous satisfait(e) des informations données sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous satisfait(e) des informations données sur vos médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) des informations données sur vos examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) du délai d'attente pour les examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) de l'aide du personnel pour les actes de la vie courante ? (toilette, déplacements, repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre douleur a-t-elle été prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre intimité a-t-elle été respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La confidentialité vous semble-t-elle respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le personnel a-t-il été aimable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous satisfait(e) de la propreté de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous satisfait(e) du confort de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous satisfait(e) de l'ambiance sonore dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous satisfait(e) du téléphone ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) de la télévision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) de la qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) de la variété des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de votre sortie ?

Etes-vous satisfait(e) de l'information donnée pour assurer la continuité de vos soins (soins à domicile, prochains rendez-vous, régime...) ?

Etes-vous satisfait(e) de l'information sur les médicaments à prendre à la sortie ?

Etes-vous satisfait(e) de l'information sur les activités possibles à effectuer après votre hospitalisation (sport, activités domestiques, reprise du travail...) ?

Entourer la note correspondant le mieux à votre prise en charge pendant votre séjour :

Conseilleriez-vous l'établissement à un proche ?  Oui  Non

Vos remarques et suggestions :

Vos coordonnées (facultatives) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
 .....  
 .....

Tél : .....

Mail : .....

Questionnaire à retourner sous enveloppe au Directeur de l'établissement ou à déposer dans l'urne prévue au niveau des hôtessees d'accueil.

Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter les représentants de la Commission des Usagers : [cdu@ch-boulogne.fr](mailto:cdu@ch-boulogne.fr)

