

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin d'améliorer nos prestations, nous souhaitons évaluer la qualité de nos services. Pour cela, la direction du CHBT vous invite à donner votre avis sur votre séjour. Alors, prenez donc quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Votre opinion nous est précieuse. Chaque élément de vos réponses sera soigneusement exploité.

Les remarques que vous formulerez resteront strictement anonymes et confidentielles.

Le personnel, les médecins et la direction du Centre Hospitalier de la Basse Terre vous remercient pour votre confiance.

**A** TRES SATISFAIT  
**C** PEU SATISFAIT

**B** SATISFAIT  
**D** MÉCONTENT

**Pour chaque question, cochez la case qui correspond à votre niveau de satisfaction. Répondez uniquement aux questions qui vous concernent.**

Unité d'hospitalisation : ..... Date d'hospitalisation: ...../...../.....

## ACCUEIL

### .Amabilité - Qualité de l'information donnée

- Accueil téléphonique
- Aux bureaux des admissions
- Aux urgences (si vous êtes entré (e)s par les urgences)
- Dans les unités d'hospitalisation
- Aux consultations externes

A	B	C	D

Remarques : .....  
.....

### .Délais d'attente

- Au bureau des admissions
- Aux urgences (si vous êtes entré (e) par les urgences)
- A l'hospitalisation programmée
- Aux consultations externes

A	B	C	D

Remarques : .....  
.....

### .Divers

- Facilités d'accès
- Signalisation à l'intérieur de l'hôpital

A	B	C	D

Remarques : .....  
.....

**.L'équipe soignante**

- Amabilité et gentillesse
- Ecoute et disponibilité
- Respect de l'intimité
- Identification du personnel (badge, nom sur blouses,...)

A	B	C	D

Remarques : .....

.....

**.L'équipe médicale**

- Amabilité et gentillesse
- Ecoute et disponibilité
- Respect de la confidentialité
- Identification des médecins (badge, nom sur blouses,...)

A	B	C	D

Remarques : .....

.....

**.Lutte contre la douleur**

- Avez-vous reçu à votre arrivée une information sur la prise en charge de la douleur ?
- Avez-vous été confronté à la douleur pendant votre hospitalisation ?

- Si oui, l'avez-vous signalé ?
- Si oui, avez-vous été prise en charge ?
- Si oui, avez-vous été soulagé (e) ?

OUI	NON

**INFORMATIONS**

**.Information communiquée sur les conditions de votre séjour**

- Vous a-t-on remis un livret d'accueil ?
- Si oui, êtes vous satisfait (e) de son contenu ?

OUI	NON

Quelles informations vous a-t-il manqué ? .....

.....

**.Informations médicales**

- Sur votre état de santé, votre maladie
- Sur vos soins et interventions proposés
- Sur votre traitement
- Sur les examens
- Sur votre sortie (traitement, consignes,...)
- Explications claires, compréhensibles, suffisantes

A	B	C	D

Remarques : .....

.....

## PRESTATIONS HOTELIERES

### .Repas

Qualité  
Quantité  
Température  
Horaire  
Variété de menus

A B C D


Remarques : .....

.....

### .Chambre et autres espaces (salle d'attente, terrasse, ...)

Propreté  
Propreté des sanitaires  
Confort, équipements  
Niveau sonore

A B C D


Remarques : .....

.....

### .Autres prestations hôtelières

Télévision  
Téléphone  
Horaires de visites

A B C D


Remarques : .....

.....

## APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE VOTRE SÉJOUR

### .Autres prestations hôtelières

Globalement, vous avez plutôt été

A B C D

--	--	--	--

Recommanderiez vous le Centre Hospitalier de la Basse-Terre à vos proches ?

OUI	NON

Avez-vous des observations à formuler ou des suggestions à faire afin d'améliorer la qualité du service rendu ?

.....

.....

.Vous êtes :

<input type="checkbox"/>	Le bénéficiaire des soins
<input type="checkbox"/>	Une femme

<input type="checkbox"/>	Un proche
<input type="checkbox"/>	Un homme

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

.Votre âge : ..... ans

Vos nom et prénoms (*facultatif*) : .....

Adresse (*facultatif*) : .....  
.....

**Merci d'avoir pris le temps pour nous communiquer vos observations.**

Le présent questionnaire peut être déposé dans la boîte aux lettres à proximité du bureau des Admissions de l'entrée principale. Vous pouvez également l'envoyer par la poste au service qualité du Centre Hospitalier de la Basse-Terre ou par mail à : **contact.usager@ch-labasseterre.fr**.

CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE-TERRE  
Avenue Gaston Feuillard 97100 - Basse-Terre  
**Standard : 0590.80.54.54**  
www.ch-labasseterre.fr