



## Questionnaire Hôpital de jour Médical

Vous êtes hospitalisé(e) dans l'unité de soins :

1. Vous êtes de sexe :  Féminin  
 Masculin

2. Quel est votre âge :  
 < 18 ans       18 - 29 ans       30 - 44 ans  
 45 - 59 ans       60 - 74 ans       > 74 ans

### Communication

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Mon programme de traitement a été respecté et m'a été communiqué.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'ai reçu de la part des médecins des explications et des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'ai reçu de la part des infirmières des explications et des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. J'ai reçu de la part des diététiciennes et des assistantes sociales des explications et des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tout le personnel de l'hôpital m'a donné les mêmes informations (cohérentes et concordantes).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Au besoin, ma famille et mes proches ont eu la possibilité de parler aux médecins qui s'occupaient de moi.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. J'ai été impliqué(e) dans les décisions concernant mon traitement.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'ai obtenu des informations claires sur le coût de mon traitement.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Relation avec le personnel

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Les membres du personnel se sont présentés à moi avec leurs noms et fonctions.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. En cas d'examen(s) ou d'intervention(s) effectué(s) en dehors de l'unité de soins, j'ai apprécié l'amabilité du personnel en charge de mon déplacement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Les médecins ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Les infirmières ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Les diététiciennes et les assistantes sociales ont été disponibles, à l'écoute et sensibles à mes besoins.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. J'ai eu le sentiment d'avoir été traité(e) avec respect et que ma dignité a été préservée.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Le personnel a respecté la confidentialité de mes informations (conversations,...).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Qualité des soins

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Les heures de rendez-vous à l'hôpital de jour ont été respectées.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Je pense que ma prise en charge par la diététicienne et l'assistance sociale est de bonne qualité.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Le personnel a fait tout son possible pour soulager rapidement mes douleurs.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Lorsque j'avais besoin d'aide pour manger, me déplacer ou aller aux toilettes, je l'ai obtenu en temps voulu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Environnement

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Les locaux sont propres.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Les locaux sont confortables (lit, fauteuil, sanitaires, température, lumières,...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. L'aménagement des locaux permet de respecter la confidentialité des traitements.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. J'ai apprécié les repas ou les collations (quantité, présentation, variété,...).     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. L'environnement du service était calme et m'a permis de me reposer.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Retour à domicile

29. J'ai reçu les informations nécessaires pour mon retour à domicile (règles concernant le mode de vie, le repos et le travail, l'utilisation de médicaments ou de matériel, les rendez-vous de contrôle,...).



## Appréciation générale

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30. Globalement, je suis satisfait(e) de mon séjour à l'hôpital. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Recommanderiez-vous notre hôpital à votre entourage ?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

