RÉSEAU DE SANTÉ Horizon HEALTH NETWORK

Sondage sur l'expérience hospitalière

English version on back

Établissement :

Unité :

À propos de votre expérience pendant votre séjour à l'hôpital :

1 **Avez-vous été :**

- ○1 Admis en passant par l'urgence
- ○2 Admis par un médecin (admission planifiée à l'avance)
- ○3 Admis de façon inattendue après une intervention d'une journée ou un test
- ○4 Autre

2 **Après avoir appris que vous deviez être hospitalisé(e), avez-vous eu à attendre trop longtemps pour obtenir votre lit?**

○1 Oui, certainement ○2 Oui, un peu ○3 Non

3 **Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois le personnel vous a-t-il traité avec courtoisie et respect?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours

4 **Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois avez-vous obtenu de l'aide dès que vous en avez demandé en appuyant sur le bouton d'appel?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours
○5 Je n'ai pas utilisé le bouton d'appel

5 **Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois le personnel vous a-t-il expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours

6 **Avant de vous donner un nouveau médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il dit à quoi servait le médicament?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours
○5 Je n'ai pas reçu de nouveaux médicaments

7 **Avez-vous participé autant que vous l'auriez souhaité aux décisions concernant vos soins et vos traitements?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours

8 **Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre douleur a-t-elle été bien contrôlée?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours
○5 Je n'ai ressenti aucune douleur.

9 **D'après vous, est-ce que cet hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité?**

○1 Oui, certainement ○2 Oui, un peu ○3 Non

10 **Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre chambre et votre salle de bain ont-elles été nettoyées?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours

11 **Comment évalueriez-vous la qualité de la nourriture (le goût des aliments, la température au moment du service, la variété)?**

○1 Mauvaise ○2 Passable ○3 Bonne
○4 Très bonne ○5 Excellente

12 **Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on donné des renseignements sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller une fois sorti(e) de l'hôpital ?**

○1 Oui ○2 Non

13 **Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie le pire hôpital possible et 10 le meilleur hôpital possible, quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer cet hôpital lors de votre séjour?**

Le pire hôpital possible ← → Le meilleur hôpital possible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

À propos de vous :

14 **À quel groupe d'âge appartenez-vous ?**

○1 Sous 18 ○2 18-34 ○3 35-54
○4 55-64 ○5 65-74 ○6 75 et plus

15 **Quel est votre sexe?**

○1 Homme ○2 Femme

16 **Êtes-vous Autochtone, c'est-à-dire Indien d'Amérique du Nord, Métis ou Inuit ?**

○1 Oui ○2 Non

17 **Selon la Loi sur les langues officielles, vous avez le droit d'être servi(e) en français ou en anglais. De ces deux langues, laquelle préférez-vous?**

○1 Anglais ○2 Français

18 **Combien de fois avez-vous reçu le service dont vous aviez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix?**

○1 Jamais ○2 Parfois ○3 Habituellement ○4 Toujours

19 **Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter à propos de votre séjour à l'hôpital?**

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce sondage!
Votre participation est grandement appréciée.

Veuillez utiliser l'enveloppe prépayée ci-jointe pour retourner ce questionnaire à :

Service de l'amélioration de la qualité
135 av. MacBeath, Moncton NB
E1C 6Z8