

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris(e) en charge au CHU de Tours, et dans le cadre de l'expérimentation d'un nouveau service mis à la disposition des patients, vous avez séjourné dans un hébergement hôtelier non médicalisé.

Afin de nous aider à **évaluer et améliorer ce dispositif** innovant, nous avons besoin de votre participation et de votre retour d'expérience sur l'ensemble de votre prise en charge, incluant votre hébergement à l'hôtel. Vous avez pu être amené(e) à relever des situations qui, sans avoir de conséquences pour vous, pourraient en avoir pour d'autres patients.

Pour cela, nous vous **encourageons à partager vos constats** grâce à ce questionnaire.

Service hospitalier dans lequel vous avez été pris en charge : _____

Nom de l'hôtel où vous avez séjourné : _____

(Facultatif) Nom et prénom : _____

VOTRE ACCUEIL ET VOTRE PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE LE JOUR DE L'INTERVENTION

- | | OUI | NON | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Les informations données avant votre passage à l'hôpital vous-ont-elles parues suffisantes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. A votre arrivée dans le service, vous êtes-vous senti(e) attendu(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. L'équipement hôtelier mis à votre disposition dans le service vous a-t-il paru adapté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Pensez-vous que toutes les précautions ont été prises pour préserver votre intimité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | OUI | NON | Non concerné(e) |
| 5. Pensez-vous que tout ait été fait pour prendre en charge votre douleur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pensez-vous que tout ait été fait pour prendre en compte votre anxiété ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si non, pourquoi ? (à renseigner dans le cadre de vos observations au verso)

- | | Je n'ai pas attendu | <1h | >1h | Si >1h, précisez |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 7. Combien de temps avez-vous attendu entre votre arrivée dans le service et votre prise en charge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="border: 1px solid red;" type="text"/> |

VOTRE HÉBERGEMENT A L'HOSPITAL

➤ Concernant le mode et le lieu d'hébergement :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Estimez-vous avoir reçu les informations nécessaires sur l'hébergement à l'Hospital ? <i>(principe, accès, articulation entre l'hébergement et la prise en charge...)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ces informations étaient-elles claires et compréhensibles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. L'hôtel a-t-il été facile à trouver pour vous/le taxi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Êtes-vous satisfait de l'accueil à l'hôtel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ Comment appréciez-vous la qualité des prestations ?

	Très bien	Convenable	Passable	Insuffisant
5. Propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tranquillité de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chambre adaptée à vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Accueil et disponibilité du personnel de l'hôtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Votre sentiment vis-à-vis de votre séjour à l'hôtel :

	OUI	NON
11. Eu égard à votre pathologie/votre condition, avez-vous ressenti une appréhension à l'idée d'être hébergé à l'hôtel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous été informé(e) de la conduite à tenir en cas de complication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous eu un problème médical pendant votre hébergement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Si oui, avez-vous pu appliquer la conduite qui vous ait été indiquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si oui, votre prise en charge suite à ce problème a-t-elle été satisfaisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jugez-vous l'hôtel où vous avez séjourné comme étant assez proche de l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPINION GENERALE

1. **Globalement, êtes-vous satisfait de cet hébergement ?**

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

2. **Recommanderiez-vous à un proche** ce mode de prise en charge ? OUI NON

3. Merci de nous faire part de vos **observations et suggestions d'amélioration**, ou de nous signaler tout **dysfonctionnement** que vous auriez pu constater :

Ce questionnaire est terminé. Vous pouvez le remettre au personnel soignant de l'unité ou l'adresser par courrier au Département des Opérations et des Projets – CHU de Tours – 2, bis Boulevard Tonnellé – 37000 TOURS. Merci de votre participation, qui contribuera à l'amélioration de la qualité du service rendu à l'hôpital.