



## ASSOCIATION

« Soutiens en Urgence à la vie de l'Hôpital du bassin de Ruffec »

BP 19 - 16700 RUFFEC

e.mail : [assdef\\_hospitalruffec@yahoo.fr](mailto:assdef_hospitalruffec@yahoo.fr)

membre de la Coordination Nationale CDHMP  
association agréée par le ministère de la santé



Juin 2022

## TEMOIGNAGE

Vous avez eu besoin de soins à l'hôpital et/ou en ville, pour vous ou votre famille,  
ou vous êtes élu-e et avez eu à gérer une prise en charge en soins pour un de vos administrés,  
ou vous êtes un professionnel de santé, à l'hôpital ou en ville,

**Dites nous les difficultés que vous avez rencontré** ou, à contrario,  
**Dites nous aussi quand tout s'est bien passé avec une bonne prise en charge**

### **Difficultés rencontrées :** (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Retard de soins  Durée du retard (*en jours, en semaine, en mois*) .....
- Retard pour hospitalisation  Durée du retard (*en jours, en semaine, en mois*) .....
- Retour anticipé au domicile alors que l'hospitalisation était toujours nécessaire
- Impossibilité de revenir sur Ruffec après un soin qui a dû être fait ailleurs
- Suivi à domicile compliqué après hospitalisation
- Temps d'attente long  Durée ..... Quel service ? .....
- Délai de rendez-vous important  Précisez pour quel soin ou consultation .....
- Durée du délai (*en semaine, en mois*) .....
- Le délai vous a-t-il contraint à prendre rdv ailleurs ? .....
- Autre motif  Lequel ? .....

**A quoi attribuez-vous vos difficultés ?** (*ex : manque de professionnels, pas assez de lits, dysfonctionnements ... etc ...*)

**Commentaire :** (*vous pouvez utiliser le verso de la feuille si vous avez besoin de place*)

### **Vous avez été bien pris en charge et/ou des complications ont été évitées grâce à la proximité :**

- Accueil en urgence  Hospitalisation prévue
- Consultation radio, scanner, mammo...
- Consultation spécialiste à l'hôpital  Consultation / soin en ville

**Commentaire :** (*vous pouvez utiliser le verso de la feuille si vous avez besoin de place*)

En fonction de votre expérience et/ou de vos besoins, **quels services de soins (hôpital et ville) considérez-vous indispensables à maintenir et à créer dans le bassin de vie de Ruffec ?**

Nom (*facultatif*) :

Prénom :

Commune :

Signature :