



# Questionnaire de satisfaction

Dans le but de répondre à vos besoins et à ceux des futurs hospitalisés, nous vous serions reconnaissants de prendre quelques minutes pour nous commenter votre séjour, en remplissant l'enquête ci-dessous. Nous vous assurons que les informations recueillies resteront confidentielles. Votre opinion nous est très précieuse et nous aidera à améliorer nos services et nos soins. Nous vous remercions de votre collaboration !

## L'ACCUEIL

### Que pensez-vous

- de l'accueil au service des admissions ?
- de l'accueil dans le service de soins ?
- de la signalisation pour accéder au service ?

Vous a-t-on sollicité pour désigner

la personne de confiance ?

Vous a-t-on remis le livret

d'accueil de l'hôpital ?

Vous a-t-on expliqué son contenu ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Non concerné
de l'accueil au service des admissions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accueil dans le service de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la signalisation pour accéder au service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

## VOS PROCHES

### Que pensent-ils

- de l'accueil au service des admissions ?
- de l'accueil dans le service de soins ?
- de l'accompagnement (écoute, informations) ?

de l'accueil au service des admissions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accueil dans le service de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accompagnement (écoute, informations) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES SOINS DISPENSÉS

### Que pensez-vous :

- de la qualité des soins dispensés par le personnel soignant ?
- des précautions prises pour effectuer les soins ?
- du respect de votre intimité et de votre vie privée ?
- du respect de la confidentialité ?
- de vos relations avec les soignants ?

de la qualité des soins dispensés par le personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des précautions prises pour effectuer les soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre intimité et de votre vie privée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de la confidentialité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de vos relations avec les soignants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Le personnel soignant était-il :

- attentionné :
- disponible :

attentionné :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disponible :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'ÉQUIPE MÉDICALE

### Que pensez-vous :

- de la qualité des soins dispensés par le personnel médical ?
- de vos relations avec les médecins ?
- de la prise en charge de la douleur ?

de la qualité des soins dispensés par le personnel médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de vos relations avec les médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le corps médical vous a paru :

très disponible  disponible  peu disponible

pas du tout disponible

## LES AUTRES INTERVENANTS

### Que pensez-vous ?

- de la prise en charge par le service social
- de la prise en charge par le psychologue
- de la prise en charge en kinésithérapie
- de la prise en charge par la diététicienne
- de la prestation ambulance (qualité, délais)

de la prise en charge par le service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge par le psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge en kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge par la diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prestation ambulance (qualité, délais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'INFORMATION REÇUE

### Que pensez-vous de l'information reçue :

- Par rapport à votre traitement,
- Par rapport au bénéfice et au risque lié à votre traitement,
- Par rapport aux examens prescrits,

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Non concerné
Par rapport à votre traitement,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par rapport au bénéfice et au risque lié à votre traitement,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par rapport aux examens prescrits,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Votre consentement a-t-il été requis à l'occasion

- De l'administration de votre traitement
- Des examens effectués

Oui  Non

Oui  Non

## VOTRE SEJOUR

### Comment avez-vous jugé les repas qui vous ont été servis en termes de :

- Horaires des repas
- Choix des repas
- Quantité des repas
- Qualité des repas
- Présentation des repas
- Température des repas
- Respect des régimes
- Diversité des menus

Horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversité des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE CHAMBRE

### Pendant votre séjour vous occupiez

Une chambre seule  Une chambre à deux lits

### Quelles appréciations portez-vous sur :

- Son confort
- Le mobilier
- La propreté
- Le calme
- La confidentialité
- Le dispositif de sécurité (appel malade...)

Son confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le mobilier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dispositif de sécurité (appel malade...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE SORTIE

### Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie ?

- Délais entre l'annonce et la sortie effective
- Les informations données à vos proches/familles
- L'organisation du transport

Délais entre l'annonce et la sortie effective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données à vos proches/familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation du transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

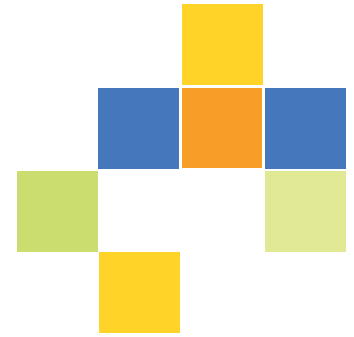
## ENVIRONNEMENT

### Quelles appréciations portez-vous sur :

- La propreté des locaux (hygiène, odeurs...)
- La mise à disposition du téléphone
- La mise à disposition de la télévision
- L'accès à l'hôpital
- La signalétique
- Le stationnement

La propreté des locaux (hygiène, odeurs...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mise à disposition du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mise à disposition de la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez SVP →



Nom (facultatif) .....Service.....

Si vous avez des remarques et des suggestions pour améliorer la prise en charge, merci de nous les faire connaître :

.....

.....

.....

.....

.....

En vous remerciant vivement d'avoir pris le temps de répondre à ces questions, soyez assurés que nous ferons le maximum pour prendre en compte toutes vos remarques.

La Direction