

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Aidez-nous à améliorer la **qualité de nos prestations** en remplissant ce questionnaire sur votre séjour.

Date d'entrée : ..... Heure d'arrivée : ..... Date de sortie : .....

Hospitalisation programmée     Hospitalisation en situation d'urgence     Consultation externe

Service : ..... N° de chambre : .....

Nom et Prénom du Patient (*facultatif*) : ..... Age : ..... Sexe :  H  F



## VOTRE ARRIVEE

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Signalisation des locaux .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Accueil au Standard – Bureau des entrées .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Accueil aux Urgences .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Accueil dans le Service de soins ou d'examen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## VOS SOINS

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Disponibilité et écoute du personnel Médical .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilité et écoute du personnel Soignant le jour .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilité et écoute du personnel Soignant la nuit .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilité et écoute du personnel Paramédical ( <i>Brancardier, Kinésithérapeute, Radio...</i> ) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Prise en charge de votre Douleur .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Respect de votre intimité .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## VOTRE SEJOUR

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Attente avant consultation, examen, intervention .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Attente avant installation en chambre .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Attente lors de la sortie (secrétariat médical, ambulance...) ..... | <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"/> |
| - Respect de votre régime alimentaire .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Température des plats .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Temps pour manger .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Propreté des locaux .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Température des locaux .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Propreté du linge de lit .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Niveau sonore .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Services proposés (TV, téléphone...) .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Personnels et fonctions clairement identifiés .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Confidentialité des informations .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## VOTRE INFORMATION

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Informations sur les démarches administratives .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Informations du livret d'accueil .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Informations sur votre état de santé et vos traitements .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Informations (Conseils, documents, aides) pour votre retour au domicile ou autre ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SYNTHESE

Qui a rempli le questionnaire ? .....  Patient  Entourage

Votre séjour vous a satisfait :

Pleinement  Normalement  Insuffisamment  Pas du tout

Conseilleriez-vous l'établissement à votre entourage ? .....  Oui  Non

Pourquoi ?

.....

Avez-vous des commentaires ou des suggestions ?

***Nous vous remercions d'avoir consacré du temps à ce questionnaire.***

Vous pouvez remettre ce questionnaire **sous enveloppe** au personnel soignant ou le déposer dans la boîte aux lettres située dans le hall d'entrée.  
Il sera transmis à la Direction pour analyse.