

# 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

	Très satisfaisant 	Satisfaisant 	Moyennement satisfaisant 	Peu satisfaisant 
<b>VOTRE ARRIVEE</b>				
- 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"/>
<b>VOS SOINS</b>				
- 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"/>
<b>VOTRE SEJOUR</b>				
- 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"/>
<b>VOTRE INFORMATION</b>				
- 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"/>

**Vous pouvez ajouter vos commentaires au verso ➡**

## 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.