

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

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

Date de sortie : ____ / ____ / ____

- Service :**
- | | |
|---|--|
| ☐ Médecine A | ☐ SSR Gériatrique |
| ☐ Médecine B | ☐ Chirurgie |
| ☐ Médecine C (cardio / pneumo) | ☐ Réanimation / SMC |
| ☐ CSG (Court Séjour Gériatrique) | ☐ UHCD |

Nom et prénom du/de la patient-e (facultatif) :



Votre arrivée

- Signalisation des locaux	☐	☐	☐	☐	☐
- Accueil au standard - bureau des entrées	☐	☐	☐	☐	☐
- Accueil aux Urgences	☐	☐	☐	☐	☐
- Accueil dans le service de soins	☐	☐	☐	☐	☐

Vos soins

- Disponibilité et écoute du personnel médical	☐	☐	☐	☐	☐
- Disponibilité et écoute du personnel soignant le jour	☐	☐	☐	☐	☐
- Disponibilité et écoute du personnel soignant la nuit	☐	☐	☐	☐	☐
- Disponibilité et écoute du personnel paramédical (brancardiers, kiné, radio...)	☐	☐	☐	☐	☐
- Prise en charge de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐
- Respect de votre intimité	☐	☐	☐	☐	☐

Votre séjour

- Attente avant consultation, examen, intervention	☐	☐	☐	☐	☐
- Attente avant installation en chambre	☐	☐	☐	☐	☐
- Attente lors de la sortie (secrétariat médical, ambulance...)	☐	☐	☐	☐	☐
- Qualité des repas	☐	☐	☐	☐	☐
- Respect de votre régime alimentaire	☐	☐	☐	☐	☐
- Température des plats	☐	☐	☐	☐	☐
- Temps pour manger	☐	☐	☐	☐	☐
- Propreté des locaux	☐	☐	☐	☐	☐
- Température des locaux	☐	☐	☐	☐	☐
- Propreté du linge de lit	☐	☐	☐	☐	☐
- Niveau sonore	☐	☐	☐	☐	☐
- Services proposés (TV, téléphone...)	☐	☐	☐	☐	☐
- Personnel et fonctions clairement identifiés	☐	☐	☐	☐	☐
- Confidentialité des informations	☐	☐	☐	☐	☐

Votre information

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Informations sur les démarches administratives | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Informations du livret d'accueil | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Informations sur votre état de santé et vos traitements | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Informations (conseils, documents, aides) pour votre retour au domicile ou autre | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Synthèse

Votre séjour vous a satisfait ?

- ☐
- Pleinement
- ☐
- Normalement
- ☐
- Insuffisamment
- ☐
- Pas du tout

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

Pourquoi ?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

*Vous pouvez remettre ce questionnaire au personnel soignant ou le déposer dans la boîte aux lettres située devant le standard de l'établissement, dans le hall d'entrée.
Il sera transmis à la Direction pour analyse.*