

Questionnaire de satisfaction



**Madame, Mademoiselle, Monsieur,
Votre avis nous intéresse.**

Ce questionnaire confidentiel vous est proposé pour nous permettre de mieux répondre à vos attentes.

Merci d'indiquer

Votre service d'hospitalisation :

Le numéro de votre chambre (facultatif) :

Les dates de votre séjour (facultatif) du..... au.....

■ Comment jugez-vous ?

L'admission au Bureau des Entrées

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non concerné
1. L'accueil par les agents administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La qualité et la précision des informations reçues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'organisation des démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les équipes soignantes

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
1. La disponibilité des équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'écoute apportée à vos problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le respect de votre intimité lors des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les moyens utilisés pour calmer votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La discrétion du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La bienveillance à votre égard ou l'attention qui vous a été portée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La qualité des informations médicales

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
1. Sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sur le déroulement de vos examens et traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sur les raisons et modalités des traitements prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le respect de votre avis ou de vos décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le confort de la chambre

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
1. L'équipement de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La propreté de la chambre et des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les repas

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
1. La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La quantité de nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Lors de la réalisation des examens
dans d'autres services de l'établissement**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non concerné
1. Le transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La sortie

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
1. Les informations concernant votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'organisation de votre suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous êtes porteur d'un handicap

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
1. L'accès au Centre Hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'accès aux Services de Soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La prise en compte de votre handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le contenu du Livret d'Accueil

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non remis
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La signalétique à l'intérieur de l'Etablissement
(indications des services, fléchage, etc..).**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non concerné
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si l'un de vos proches devait être hospitalisé, lui conseillerez-vous cet Etablissement ? OUI NON

REMARQUES - SUGGESTIONS QUE VOUS SOUHAITERIEZ COMMUNIQUER

Après avoir complété ce formulaire, vous pouvez :

- Le déposer dans l'une des boîtes aux lettres identifiées «Merci de déposer vos questionnaires de sortie», situées à côté des ascenseurs (hall d'Entrée Principale et services d'hospitalisation).
- L'envoyer par courrier à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier (Voir adresse ci-dessous).

Si vous souhaitez indiquer vos coordonnées :

NOM :Prénom :

ADRESSE :

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire destiné à améliorer la qualité de nos prestations.