



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Aidez-nous à faire mieux dans l'amélioration de la qualité de votre prise en charge en hospitalisation en répondant à ce questionnaire. Vos réponses sont anonymes.

Service (indiquer la spécialité) :

N° de chambre (facultatif) :

Période d'hospitalisation : du ----- au ----- Chambre double :  Chambre simple :

**Concernant les thèmes ci-après, quel est votre niveau de satisfaction :** Cochez les cases, exemple :

|   |  | Non concerné             | Très satisfait           | Plutôt Satisfait         | Plutôt mécontent         | Très mécontent           |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Votre prise en charge globale pendant votre séjour</b> |  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A<br/>C<br/>C<br/>U<br/>E<br/>I<br/>L</b>              | Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non                                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|   | Les informations contenues dans le livret d'accueil  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | L'accueil réservé au service des admissions  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | L'accueil reçu dans le service de soins  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | L'identification des fonctions des professionnels rencontrés   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>P<br/>E<br/>N<br/>D<br/>A<br/>N<br/>T</b>              | Les explications données sur votre état de santé ou votre traitement ( <i>interventions, soins, médicaments</i> )                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Les informations sur le déroulement de votre séjour ( <i>durée, prévision de sortie</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | La réactivité des professionnels lors de vos appels ( <i>sonnette</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | L'amabilité et la disponibilité du personnel dans le service   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | La prise en charge de votre douleur  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Le respect de votre intimité et de la confidentialité  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>V<br/>O<br/>T<br/>R<br/>E</b>                          | L'attente en imagerie médicale : IRM, scanner, radiologie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | au bloc opératoire et en endoscopie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | aux explorations cardiovasculaires   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Vos déplacements dans l'hôpital pour passer des examens  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>S<br/>E<br/>J<br/>O<br/>U<br/>R</b>                    | Le niveau de bruit dans le service (ou dans votre chambre)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | La propreté de votre chambre   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Le confort de votre chambre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>S<br/>O<br/>R<br/>T<br/>I<br/>E</b>                    | La qualité des repas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | La variété des repas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | La prestation téléphone  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | La prestation télévision   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>S<br/>O<br/>R<br/>T<br/>I<br/>E</b>                    | L'information sur les médicaments sur votre ordonnance de sortie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | L'information sur la reprise des activités après votre hospitalisation ( <i>sport, activités domestiques, reprise du travail</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Les informations données pour la continuité des soins ( <i>soins à domicile, prochains rendez-vous, régime à suivre</i> )          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### HOSPITALISATION D'UN PROCHE OU D'UN AMI

Recommanderiez-vous cet établissement ? 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Echelle de 0 (tout à fait improbable) à 10 (tout à fait probable)

**VOUS SOUHAITEZ APPORTER DES SUGGESTIONS SUR VOTRE SEJOUR** Tournez SVP →



**VOUS SOUHAITEZ APPORTER DES SUGGESTIONS, OBSERVATIONS POUR AMELIORER  
LA PRISE EN CHARGE DANS L'ETABLISSEMENT**

**Ce que vous avez particulièrement apprécié :**

**Ce que vous souhaiteriez voir améliorer :**

*Merci de remettre ce questionnaire **avant votre départ** dans la boîte aux lettres «**enquêtes de satisfaction**» près du poste de soins ou auprès des soignants.*

