



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
Vous						
ACCEUIL						
	Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>				
	L'accueil reçu dans le service de soins	<input type="checkbox"/>				
	L'identification des fonctions des professionnels rencontrés	<input type="checkbox"/>				
PENDANT VOTRE SEJOUR						
	Les explications données sur votre état de santé ou votre traitement (<i>interventions, soins, médicaments</i>)	<input type="checkbox"/>				
	Les informations sur le déroulement de votre séjour (<i>durée, prévision de sortie</i>)	<input type="checkbox"/>				
	La réactivité des professionnels lors de vos appels (<i>sonnette</i>)	<input type="checkbox"/>				
	L'amabilité et la disponibilité du personnel dans le service	<input type="checkbox"/>				
	La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>				
	Le respect de votre intimité et de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				
	L'attente en imagerie médicale : IRM, scanner, radiologie	<input type="checkbox"/>				
	au bloc opératoire et en endoscopie	<input type="checkbox"/>				
	aux explorations cardiovasculaires	<input type="checkbox"/>				
	Vos déplacements dans l'hôpital pour passer des examens	<input type="checkbox"/>				
	Le niveau de bruit dans le service (ou dans votre chambre)	<input type="checkbox"/>				
	La propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>				
	Le confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>				
	La qualité des repas	<input type="checkbox"/>				
	La variété des repas	<input type="checkbox"/>				
	La prestation téléphone	<input type="checkbox"/>				
	La prestation télévision	<input type="checkbox"/>				
SORTIE						
	L'information sur les médicaments sur votre ordonnance de sortie	<input type="checkbox"/>				
	L'information sur la reprise des activités après votre hospitalisation (<i>sport, activités domestiques, reprise du travail</i>)	<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"/>				

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.*

