



Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer les prestations dans l'établissement, nous vous donnons ce questionnaire pour exprimer ce qui vous a satisfait ou non lors de votre séjour.

Nous vous remercions par avance de vos réponses.

Mois d'hospitalisation : ANNEE :

QUALITE DE L'ACCUEIL :

Êtes-vous satisfait(e) de la qualité :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
L'accueil au service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil dans les services de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les délais d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION :

Est-ce qu'on vous a :

	OUI	NON
Remis le livret d'accueil de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donné la « charte de la personne hospitalisée » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proposé de désigner « une personne de confiance » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévenu avant chaque soin (toilette, pansement,..) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donné une information sur la prise en charge de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous satisfait(e) des informations données :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Dans le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le fonctionnement du service (soins, repas, téléphone,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les examens passés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur l'organisation de votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE

Avez-vous vu le médecin à votre entrée :

OUI NON

Êtes-vous satisfait (e) :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
De la qualité des informations transmises par le médecin : à l'admission ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
: en cours de séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
: à la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fréquence des visites par le médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité des soins réalisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires des soins (toilette, pansement, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'amabilité du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la disponibilité du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'attention accordée à votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Avez-vous eu besoin d'une prise en charge de votre douleur ? Si oui, un traitement vous a-t-il été administré ?

OUI

NON

OUI

NON

Comment qualifiez-vous la prise en charge de votre douleur ?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

RESTAURATION

Êtes-vous satisfait de :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A bonne température ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respectueux par rapport à votre régime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A votre goût ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous satisfait(e) des horaires des repas :

	OUI	NON
Matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITE DE L'HÔTELLERIE

Êtes-vous satisfait(e) :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
De la température des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme du jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equiperment et accessibilité de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté du linge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DANS L'ENSEMBLE

Recommanderiez- vous l'établissement à un proche ?

OUI

NON

Quelle note globale attribuez-vous à l'établissement ?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Sachant que 1 est le minimum et 10 le maximum

VOS SUGGESTIONS D'AMELIORATION :

La direction vous remercie pour vos réponses qui seront précieuses pour améliorer les prestations que nous offrons aux usagers. Vous pouvez remettre ce questionnaire au personnel du service ou à l'accueil.