

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 :

-  Très satisfait
 Satisfait
 Peu satisfait
 Pas du tout satisfait

QUALITE DE L'ACCUEIL :

Êtes-vous satisfait(e) de la qualité :

- L'accueil au service administratif
L'accueil dans les services de soins
Les délais d'attente


☐
☐
☐

☐
☐
☐

☐
☐
☐

☐
☐
☐

INFORMATION :

Est-ce qu'on vous a :

- Remis le livret d'accueil de l'établissement avec la charte de la personne hospitalisée ?
Proposé de désigner « une personne de confiance » ?
Prévenu avant chaque soin (toilette, pansement,...) ?
Donné une information sur la prise en charge de la douleur ?

OUI

NON

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Êtes-vous satisfait(e) des informations données :

- Dans le livret d'accueil ?
Sur le fonctionnement du service (soins, repas, téléphone,...) ?
Sur votre état de santé ?
Sur les examens passés ?
Sur l'organisation de votre sortie ?


☐
☐
☐
☐
☐

☐
☐
☐
☐
☐

☐
☐
☐
☐
☐

☐
☐
☐
☐
☐

PRISE EN CHARGE

Avez-vous vu le médecin à votre entrée :

OUI ☐

NON ☐

Êtes-vous satisfait (e) :

- De la qualité des informations transmises par le médecin : à l'admission ?
: en cours de séjour ?
: à la sortie ?


☐
☐
☐

☐
☐
☐

☐
☐
☐

☐
☐
☐

De la fréquence des visites par le médecin ?

☐
☐
☐
☐

De la qualité des soins réalisés ?

☐
☐
☐
☐

Des horaires des soins (toilette, pansement, ...) ?

☐
☐
☐
☐

De l'amabilité et la disponibilité du personnel ?

☐
☐
☐
☐

Du respect de votre intimité ?

☐
☐
☐
☐

De l'attention accordée à votre famille ?

☐
☐
☐
☐

Avez-vous été pris(e) en soin par l'équipe rééducation ?

OUI ☐

NON ☐

Etes-vous satisfait(e) par leurs soins ?

☐
☐
☐
☐

LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Avez-vous été douloureux ?

OUI ☐

NON ☐

Votre douleur a-t-elle été traitée ?

OUI ☐

NON ☐

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

Excellent ☐

Bon ☐

Moyen ☐

Mauvais ☐

RESTAURATION

Êtes-vous satisfait de :



- Qualité des repas ?
Quantité des repas ?
A bonne température ?
Respectueux par rapport à votre régime ?
A votre goût ?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

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

OUI

NON

Matin ?

☐
☐

Midi ?

☐
☐

Soir ?

☐
☐

QUALITE DE L'HÔTELLERIE

Êtes-vous satisfait(e) :



- De la température des locaux ?
De la propreté des locaux ?
Du calme du jour ?
Du calme la nuit ?
Equipeement et accessibilité de votre chambre ?
La propreté du linge ?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

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.

Pour toute réclamation ou déclaration d'événement indésirable* :

Vous avez la possibilité d'écrire à :

Service qualité
Centre hospitalier de Mauléon
6 rue du chemin vert 79700 Mauléon
Tél direct : 05.49.81.77.89
qualite@hopital-mauleon.fr

OU

Vous avez la possibilité de contacter les représentants des usagers via le service qualité :

- Boîte aux lettres avec bulletin situé à côté de l'accueil
- Par mail : representants_usagers@hopital-mauleon.fr

*Un événement indésirable est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne. Un événement indésirable est un dysfonctionnement, une erreur parfois, qui impacte négativement le parcours du patient.