



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE... Votre avis est précieux et contribuera à améliorer la qualité de prise en charge et des soins proposés. Merci de bien vouloir consacrer un peu de votre temps durant votre séjour à ce questionnaire qui restera anonyme (sauf si vous souhaitez nous indiquer vos coordonnées en page suivante).

Vous pouvez nous retourner le questionnaire: ▶ en le remettant au personnel soignant de votre service
▶ ou en le déposant dans la boîte aux lettres du service
▶ ou en l'adressant par courrier : 9, rue de Fougères - 35560 ANTRAIN

Je vous remercie de votre aide.

Bien cordialement,

La Directrice
J. BETTLER

QUI REMPLIT LE QUESTIONNAIRE :

Moi Ma famille Mes amis Avec l'aide d'un soignant Autre , précisez :

ACCUEIL

	Très Satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu Satisfaisant(e)	Pas du tout Satisfaisant(e)	Non concerné(e)
• La facilité d'accès (signalisation, stationnement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité de la réception à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les informations et explications communiquées concernant la prise en charge administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La rapidité de prise en charge par le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité de l'accueil de votre famille ou entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

Prise en charge par les médecins

	Très Satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu Satisfaisant(e)	Pas du tout Satisfaisant(e)	Non concerné(e)
• L'information sur votre état de santé, les explications apportées sur les soins, les examens et votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité des soins qui vous ont été dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'attention humaine, l'écoute et la disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge par l'équipe soignante

	Très Satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu Satisfaisant(e)	Pas du tout Satisfaisant(e)	Non concerné(e)
• La qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les soins qui vous ont été dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'attention humaine, écoute et disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les explications apportées aux questions posées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les informations transmises à la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA DOULEUR

- La prise en compte (évaluation, écoute...) de votre douleur a été
- La douleur a été soulagée de façon

Très Satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu Satisfaisant(e)	Pas du tout Satisfaisant(e)	Non concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE SERVICE HOTELIER

- L'aspect et confort de votre chambre (chauffage, sanitaire)
- Le mobilier (lit-fauteuil-chambre)
- Le calme, la journée
- Le calme, la nuit
- La propreté des locaux
- La qualité des prestations : télévision, téléphone et internet

Très Satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu Satisfaisant(e)	Pas du tout Satisfaisant(e)	Non concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE SERVICE RESTAURATION

- La variété
- La qualité gustative des plats
- La présentation des plats
- La quantité servie
- La température des plats
- Les horaires des repas
- La prise en compte des indications que vous avez fournies sur votre alimentation
- L'aide apportée par le personnel durant les repas

Très Satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu Satisfaisant(e)	Pas du tout Satisfaisant(e)	Non concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

- Les informations sur la préparation de votre sortie (sur votre date de sortie, vos traitements à domicile...)
- Les formalités administratives de sortie

Très Satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu Satisfaisant(e)	Pas du tout Satisfaisant(e)	Non concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Globalement, vous êtes Très Satisfait(e) Satisfait(e) Peu Satisfait(e) Pas du tout Satisfait(e)

Important!

Service d'hospitalisation

Dates du séjour :

du au

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête.

Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

REMARQUES ET SUGGESTIONS