

**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION****VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE...**

Votre avis est précieux et contribuera à améliorer la qualité de la prise en soins proposée. 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

Ne souhaite pas répondre

**QUI REMPLIT LE QUESTIONNAIRE :**

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

**ACCUEIL*****Aux admissions***

	Oui	Non	Non concerné(e)
•Vous avez trouvé l'accès adapté (signalisation, stationnement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vous avez été accueilli(e) agréablement (qualité, délai d'attente, calme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Les formalités vous ont paru simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Les informations reçues étaient claires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•La confidentialité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Dans les services d'hospitalisation***

	Oui	Non	Non concerné(e)
•Vous avez été accueilli(e) agréablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Votre famille ou entourage a été accueilli(e) agréablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vous avez reçu des informations claires sur la vie du service (repas, soins, visites du médecin, horaires, locaux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LES SOINS*****Par les médecins***

	Oui	Non	Non concerné(e)
•Les médecins vous ont bien informés de votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
•Les médecins vous ont bien informés sur vos médicaments (votre traitement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Les médecins vous ont bien informés sur les examens complémentaires prescrits (ex : radio...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Par le personnel soignant***

	Oui	Non
•L'information concernant la désignation d'une personne de confiance était claire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Les personnels vous ont bien informés des directives anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Votre intimité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•La confidentialité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Les explications apportées à vos questions étaient claires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vous êtes satisfait(e) des soins pratiqués par le personnel soignant (pansement, toilettes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Le personnel soignant était attentif, à l'écoute et disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LA DOULEUR

	Oui	Non	Non concerné(e)
•Votre douleur a été prise en compte (évaluation, écoute...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vous êtes satisfait des soins apportés pour soulager la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LE TRANSPORT, si vous avez été pris en charge par une ambulance/taxi

	Oui	Non	Non concerné(e)
•Quelle est le nom de l'ambulance ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vous êtes satisfait des conditions dans lesquelles vous avez été pris(e) en charge (respect du confort, de la sécurité, de l'hygiène...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Si non, pourquoi ?.....			

## LE SERVICE HOTELIER

	Oui	Non
•Votre chambre vous a semblé confortable (chauffage, sanitaire, mobilier...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Les lieux étaient paisibles, la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•La nuit, les locaux étaient calmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Le service était propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•La propreté du linge fourni était satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Vous êtes satisfait(e) des services mis à disposition (télévision, téléphone et internet...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LE SERVICE RESTAURATION

	Oui	Non	Non concerné(e)											
•Les repas étaient bons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
•La quantité servie dans les assiettes était suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
•Les plats servis étaient à la bonne température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
•Les horaires de service des repas étaient adaptés	<table border="0"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>Le matin :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">Non concerné(e)</td> </tr> <tr> <td>Le midi :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Le soir :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	}	Le matin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné(e)	Le midi :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le soir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
}	Le matin :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné(e)									
	Le midi :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Le soir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
•Vous êtes satisfait(e) de l'aide apportée par le personnel, si besoin (couper la viande, aider à la prise des repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

## L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

	Oui	Non
•Votre sortie a été correctement préparée par l'équipe (votre date de sortie, vos traitements à domicile...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Votre sortie a été correctement préparée d'un point de vue administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Service d'hospitalisation

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 : .....

Dates du séjour :

du ..... au .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

## REMARQUES ET SUGGESTIONS

.....

.....

.....