

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

<i>Aux admissions</i>	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"/>
<i>Dans les services d'hospitalisation</i>	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

<i>Par les médecins</i>	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"/>
<i>Par le personnel soignant</i>	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"/>
•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	Le matin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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

.....

.....

.....