

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION -Hospitalisation complète

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 à ce questionnaire.

Vous pouvez nous retourner le questionnaire :

*en le remettant au personnel soignant ou au secrétariat médical de votre service

*en le déposant dans la boîte aux lettres du service

*en l'adressant par courrier : 9, rue de Fougères– 35560 ANTRAIN

• Le questionnaire est complété par :

Moi Ma famille Un soignant Mes amis

Autre : préciser

ACCUEIL

	Satisfaisant	A améliorer	Pas du tout satisfaisant
• Vous avez trouvé l'accès adapté (signalisation, stationnement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous avez été accueillie agréablement (qualité, délai d'attente, calme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les informations reçues étaient claires (Livret d'accueil, personne de confiance directives anticipées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La confidentialité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

LES SOINS

	Satisfaisant	A améliorer	Pas du tout satisfaisant
• Clarté des informations fournies par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disponibilité et écoute de l'équipe soignante de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disponibilité et écoute de l'équipe soignante de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Confidentialité des données échangées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Efficacité des soins pour le traitement de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Informations reçues sur les traitements pris pendant le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aide apportée pour réaliser les gestes du quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

VOTRE SEJOUR

	Satisfaisant	A améliorer	Pas du tout satisfaisant
• Calme dans le service le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Calme dans le service la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Confort de votre chambre et son équipement (mobilier, chauffage...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Services mis à disposition (télévision, téléphone, internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La quantité servie dans les assiettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La température des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

VOTRE SORTIE

	Satisfaisant	A améliorer	Pas du tout satisfaisant
• Votre sortie a été correctement préparée par l'équipe (votre date de sortie, vos traitements ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• D'un point vue administratif votre sortie a été préparée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

VOTRE APPRECIATION GENERALE DU SEJOUR

SI VOUS DEVIEZ NOUS DONNER UNE NOTE : merci d'entourer votre note

Pas du tout satisfait

Très satisfait



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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



Service d'hospitalisation :

Dates du séjour :
du au

Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées, qui nous permettront le cas échéant de répondre à vos commentaires :

NOM et Prénom :

Adresse :

Email :