



N° enregistrement

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## -Hôpital de jour-

### 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 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 .....

### BUREAU DES ENTREES



- Vous avez trouvé l'accès adapté (signalisation, stationnement)
- Vous avez été accueillie agréablement (qualité des informations, délai d'attente, calme...)

### SECRETARIAT HOPITAL DE JOUR



- Les informations reçues étaient claires (livret d'accueil, personne de confiance, questionnaire de satisfaction ...)
- La confidentialité a été respectée
- L'accueil dans le service

Remarques : .....





### LES SOINS



- Clarté des informations fournies par les médecins
- Disponibilité et écoute de l'équipe paramédicale et soignante (Kiné, Ergo, Orthophonistes, APA ...)
- Respect de votre intimité
- Confidentialité des données échangées
- Efficacité des soins pour le traitement de votre douleur

Remarques : .....





## VOTRE SEJOUR

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   |  |  |  |  |
| • Calme dans le service   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| • Confort de la salle de repos/vestiaires « Hôpital de Jour »<br>(mobilier, chauffage...) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| • Confort des bureaux paramédicaux (Ergo, Ortho ...) et salle Kiné                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| • Propreté des locaux   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <u>Si repas pris au sein du service :</u>   |   |   |   |   |
| • Les repas étaient bons  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| • La quantité servie dans les assiettes était suffisante                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| • Les plats servis étaient à la bonne température   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

Remarques : .....

.....

## VOTRE SORTIE

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|   |  |  |  |  |
| • Votre sortie a été correctement préparée par l'équipe<br>(votre date de sortie, relai avec un cabinet libéral si besoin, ordonnances ...) | <input type="checkbox"/>   | <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 satisfaitTrès 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.**

*Important!*

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 : .....