

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT HOSPITALISATION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Merci de remplir ce questionnaire. Vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge et ainsi de mieux répondre à vos attentes.

Nous vous proposons plusieurs niveaux de réponses. Cocher celui qui correspond à votre choix.

Date :

Votre Nom et prénom (facultatif) :

N° chambre :

1. PREPARATION DE VOTRE SEJOUR

	Oui	Non	Non concerné
- Les informations transmises sur le déroulement de votre séjour ont-elles été pertinentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous trouvé facilement les informations sur le site internet et les réseaux sociaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. L'ACCUEIL A VOTRE ADMISSION

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- La qualité de l'information transmise par les secrétaires administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'orientation dans la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. VOTRE SEJOUR DANS LE SERVICE DE SOINS

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- L'écoute et la disponibilité des équipes soignantes et médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des informations données par les équipes soignantes, les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des soins du personnel soignant de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des soins du personnel soignant de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette...), si votre mobilité était réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prise en charge de la douleur

	Oui	Non	Non concerné
- Avez-vous ressenti des douleurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, ont-elles été prises en charge de manière satisfaisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous satisfait de la prise en charge globale de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. VOTRE PASSAGE AU BLOC OPERATOIRE

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- La qualité de la prise en charge par le brancardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le délai d'attente avant d'entrer en salle d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'accueil du personnel du bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'accueil du personnel de la salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La prise en charge de la douleur en salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des informations données par les différents professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. INTERVENANTS

	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- Si vous avez rencontré les intervenants suivants, avez-vous été satisfait :				
- Diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Addictologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas été satisfait, pourquoi ?

.....

6. VOTRE OPINION SUR LE RESPECT DU PATIENT

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- Le respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le respect de la vie privée et de la confidentialité des informations personnelles ou médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. LA QUALITE DES PRESTATIONS HOTELIERES

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- La propreté des chambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La quantité des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le respect des régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si vous avez consommé un repas de la carte Prestige, êtes-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas été satisfait, pourquoi ?

.....

8. APPRECIATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR

	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- Votre appréciation générale sur votre séjour....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....