

Questionnaire de satisfaction

L'ensemble du personnel du Centre Hospitalier Public d'Hauteville

a été heureux de vous accueillir et espère que votre séjour parmi nous vous a donné entière satisfaction.

Dans un souci permanent d'amélioration continue du niveau de la qualité des prestations

de notre établissement et afin de répondre au mieux à vos attentes,

nous vous invitons à faire connaître votre opinion sur votre séjour au travers de ce questionnaire.

Nous vous assurons que ces informations demeureront confidentielles.

Service : **Séjour du**/...../20..... **au**/...../20.....

Sexe : Masculin Féminin **Age :**

Vous avez été hospitalisé en chambre seule : oui non



Satisfaisant



Moyennement satisfaisant



Non satisfait

NC : Non concerné

<u>L'accueil</u>				NC
Quel est votre opinion sur l'accueil au bureau des entrées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment estimez-vous l'accueil dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est votre avis sur la signalétique dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?	oui		non	
Avez-vous trouvé les renseignements utiles ?	oui		non	
Comment estimez-vous la présentation et identification du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de la qualité de la prise en charge des transports au cours de votre séjour ? (kiné, balnéo, radio, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Condition d'hospitalisation</u>				NC
Quel est votre opinion sur la propreté de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est votre avis sur votre chambre ?				
- La tranquillité (le calme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La propreté de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de la prestation concernant l'entretien du linge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est votre avis sur vos repas ?				
- Leurs goûts et leurs diversités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La quantité et la présentation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La température ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le respect de votre régime alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>La qualité de l'information et des soins</u>				NC
Avez-vous été informé sur votre prise en charge durant le séjour ?	oui		non	
Quel est votre avis sur les soins qui vous ont été donnés (prodigués) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment estimez-vous la prise en charge par le médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pu dialoguer suffisamment avec le médecin ?	oui		non	
Etes-vous satisfait de la prise en charge par les soignants de jour ? (IDE, AS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de la prise en charge par les soignants de nuit ? (IDE, AS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

				NC
Quel est votre avis sur la prise en charge par le personnel de rééducation ? (kiné, ergo, EAPA, diététiciennes, orthophoniste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est votre avis sur la prise en charge du service social ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est votre avis sur la prise en charge des psychologues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment estimez-vous que votre intimité a été respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment estimez-vous que votre dignité a été respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été prévenu par les professionnel avant chacune de ses interventions ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Votre avis a-t-il été pris en compte ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Estimez-vous avoir reçu assez d'information concernant votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez eu un contact avec des associations de patient au cours de votre séjour, comment jugez-vous vos échanges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous identifié les représentants des usagers ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous contacté les représentants des usagers ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	

<u>La douleur</u>				NC
Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais	
Votre douleur a-t-elle été prise en compte ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous bénéficié de méthodes douces non médicamenteuse ? (RESC, autohypnose, sophrologie, etc.)	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Si oui avez-vous été satisfait ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	

Appréciation générale

Indiquer sur cette échelle de grandeur votre appréciation globale sur l'établissement

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Non satisfait Très satisfait

Recommanderiez-vous notre établissement à l'un de vos proches ? Oui Non

Remarques et suggestions

***L'équipe du Centre Hospitalier Public vous remercie
pour le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire que vous
devez remettre à un soignant dans votre service ou à retourner par courrier
à l'attention du service qualité.***