

Questionnaire de satisfaction

Afin d'améliorer la qualité de nos services, votre avis nous intéresse !
Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Votre mode d'entrée : Hospitalisation complète

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
• <u>Votre accueil</u>				
Facilité d'accès sur le site	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil en consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil à l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Communication</u>				
Contenu du Livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations disponibles au sein de l'établissement (affiche, tract, site internet,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>L'équipe médicale</u> (médecins)				
Qualité du suivi médical				
Information :				
Par le médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été impliqué dans les décisions liées aux soins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
• <u>Le bloc opératoire</u>				
Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>L'équipe soignante</u> (infirmières, aides-soignantes)				
De jour				
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De nuit				
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la Douleur				
Avez-vous eu des douleurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Bloc opératoire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Service de soins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Votre douleur a été prise en charge de manière	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Très mauvais
Avez-vous eu des informations sur votre douleur ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

• L'équipe hôtelière (ménage, repas)	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Locaux et environnement**

La chambre :

Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les lieux communs :

Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipements (salle de pause, distributeurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Repas**

Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversité / Variété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous un régime particulier ? Si oui lequel :

• **Votre sortie**

Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation (date de sortie, destination,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information médicale relative à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information administrative relative à votre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Divers**

Le respect de votre vie privée/Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de vos croyances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil et accompagnement de l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez subir une nouvelle hospitalisation,

Chosiriez-vous notre établissement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Seriez-vous prêt à conseiller notre établissement à un proche ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

• **Votre satisfaction globale**

Numéro de chambre :

Date de votre séjour :/...../.....

Votre nom (facultatif) :

Commentaires généraux :

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.

Merci de le déposer dans la boîte située dans le hall d'accueil.

En espérant que votre séjour vous a donné entière satisfaction, nous vous souhaitons un prompt rétablissement.