

Questionnaire de satisfaction



Centre Hospitalier
de Mortagne-au-Perche

Madame, Monsieur,

Votre séjour dans notre établissement va prendre fin. Pour mieux répondre à vos besoins et à ceux des futurs patients, nous vous demandons de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire afin de communiquer vos remarques et suggestions. Vous pourrez remettre ce questionnaire dans la boîte à lettres du service.

Merci de votre participation.

Cocher la case correspondante à votre choix :

Hospitalisation

Service d'hospitalisation : Médecine SSR Addictologie Les Sources UHCD

Dates de début et fin d'hospitalisation :/...../..... au/...../.....

Age : |_| | |_| Sexe : Masculin Féminin

Accueil

Êtes-vous satisfait(e) de la signalisation à l'intérieur de l'établissement ?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Insatisfait(e)

Si vous n'êtes pas satisfait(e), pourquoi ?
.....

Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil ?

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) | NC |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Au bureau des admissions : | <input type="checkbox"/> |
| Aux urgences : | <input type="checkbox"/> |
| À la radiologie : | <input type="checkbox"/> |
| Dans le service | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil de vos proches au sein de l'établissement ?

Oui Non Non Concerné

Si vous n'êtes pas satisfait(e), pourquoi ?
.....

Séjour

CHAMBRE

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Confort de la literie : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Propreté de la chambre et des sanitaires : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le bruit : | <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"/> |

REPAS

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) | NC |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La qualité : | <input type="checkbox"/> |
| La quantité : | <input type="checkbox"/> |
| Présentation : | <input type="checkbox"/> |
| Température : | <input type="checkbox"/> |
| La variété des menus : | <input type="checkbox"/> |

SERVICES MIS A DISPOSITION

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) | NC |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La télévision : | <input type="checkbox"/> |
| Le téléphone : | <input type="checkbox"/> |
| Les journaux : | <input type="checkbox"/> |

Si vous n'êtes pas satisfait(e), pourquoi ?
.....

Tournez SVP ►

Personnel

Le personnel s'est-il présenté ?

Médecins : Oui Non
Équipe soignante : Oui Non

Avez-vous été satisfait(e) des relations avec ?

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous n'êtes pas satisfait(e), pourquoi ?

Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge par le personnel ?

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Amabilité : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilité : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous n'êtes pas satisfait(e), pourquoi ?

Soins

Y a-t-il eu de l'attente lors de vos examens réalisés dans l'établissement ?

Oui Non Non Concerné

Si oui, vous l'a-t-on expliquée ?

Avez-vous été satisfait(e) de la qualité des soins ?

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • De jour : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • De nuit : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous n'êtes pas satisfait(e), pourquoi ?

Avez-vous été satisfait(e) de la prise en charge de la douleur ?

A t-on été à l'écoute de votre douleur ? Toujours Souvent Parfois Jamais NC

La prise en charge de la douleur a-t-elle été efficace ? Toujours Souvent Parfois Jamais NC

Si non, pourquoi ?

Avez-vous été satisfait(e) des informations que vous avez reçues sur :

| | Très satisfait(e) | Satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Insatisfait(e) |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre état de santé : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les examens réalisés : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les soins proposés : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos traitements : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous n'êtes pas satisfait(e), pourquoi ?

Respect des droits

A t-on respecté vos droits concernant :

Votre intimité : Oui Non

Votre dignité : Oui Non

La confidentialité : Oui Non

Votre liberté de circuler : Oui Non

Si non, pourquoi ?

Sortie

Avez-vous été prévenu(e) suffisamment tôt de la date de votre sortie ? Oui Non

Vous a-t-on expliqué les soins à poursuivre après votre sortie ? Oui Non

Les formalités de sorties ont-elles été simples ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Globalement, votre séjour est :

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

APPRÉCIATION - SUGGESTIONS OU REMARQUES :

.....
.....