

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Votre âge : 18-24 ans 25-39 ans 40-59 ans 60- 75 ans Plus de 75 ans **Votre sexe :** M F

Votre département de résidence : 19 23 87 Autres régions (France) Autres pays

Service d'hospitalisation : _____

(Si vous avez été hospitalisé dans plusieurs services, merci de prendre en compte uniquement le dernier service)

Date d'entrée : / / **Date de sortie :** / /

Votre consentement pour les soins réalisés a-t-il été recueilli par écrit ? (cf loi du 4 mars 2002) Oui Non

Merci de cocher une seule réponse par question.

| COMMENT JUGERIEZ-VOUS ? | PAS SATISFAISANT | PEU SATISFAISANT | SATISFAISANT | TRES SATISFAISANT | NC* |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'accueil dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'identification des différentes personnes travaillant dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Le Respect de votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'information donnée par l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'information donnée par les médecins/chirurgiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'information donnée par l'anesthésiste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'information sur votre traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'écoute des médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'écoute du personnel soignant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'écoute du personnel administratif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| La clarté des réponses des médecins à vos questions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| La politesse et l'amabilité du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| La disponibilité du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'obtention d'aide pour vos activités de la vie courante (aides aux repas, à la toilette...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le délai de réponse à vos appels quand vous sollicitez des membres du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Le délai d'attente aux examens complémentaires (ex : radiographie...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge globale de votre santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En cas de douleur, votre prise en charge a été | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de votre repos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Les conseils alimentaires donnés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le respect du choix de vos menus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La variété des plats proposés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| La préparation de votre sortie (documents, transports, ordonnances...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les explications délivrées sur les médicaments prescrits à votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'information sur les activités possibles après votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'information sur les aides à domicile après votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AU TOTAL : QUELLE NOTE GENERALE ATTRIBUERIEZ-VOUS A L'ETABLISSEMENT ? (DE 0 = PAS SATISFAIT A 10 = TRES SATISFAIT) | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 | | | | |

* Non Concerné(e) par la question

Merci de votre participation

Merci d'indiquer vos
Commentaires au verso



