

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Afin d'améliorer la qualité de la prestation et des soins délivrés, nous vous remercions de répondre à notre questionnaire de satisfaction.

La direction de l'hôpital

	 Très satisfaisant	 Satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Non satisfaisant
<b>ACCÈS</b>				
Stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACCUEIL ET ADMISSION</b>				
Confort de la salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remise du livret d'accueil	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Informations du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité relationnelle du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INFORMATIONS</b>				
Informations pratiques utiles à mon séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur mon état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur mes examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur mes traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur les bénéfices et risques éventuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute attentive et soutien des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute attentive et soutien des infirmiers, aides-soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Satisfaction sur mes soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction sur mes soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidité de la réponse à mes appels (sonnette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de ma douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de mon intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité, du secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement avec respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires de visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

### BRANCARDAGE

- Amabilité du brancardier
- Sécurité du brancardage
- Vérification de mon identité (mon nom - prénom - date de naissance ) lors du brancardage
- Respect de mon intimité lors du brancardage



Très satisfaisant



Satisfaisant



Peu satisfaisant



Non satisfaisant

### PRESTATIONS HOTELIÈRES

- Qualité des repas
- Respect de mes choix de repas
- Confort de la literie
- Périodicité de changement des draps
- Entretien de ma chambre
- Equipement de ma chambre (tél, TV ...)
- Calme et sérénité le jour
- Calme et sérénité la nuit

### SORTIE

- Information sur ma sortie (date, organisation)
- Information sur les médicaments à prendre
- Explications sur les précautions à prendre
- Information sur le suivi après ma sortie

### OPINION GÉNÉRALE

Recommanderiez-vous l'hôpital à un proche ?

OUI

NON

### REMARQUES OU SUGGESTIONS :

DATE :

Nom/Prénom (facultatif) :

SERVICE CONCERNE :

[Le questionnaire rempli est à déposer dans l'urne située à l'accueil ou à remettre au personnel](#)