

Questionnaire de satisfaction

Sortie d'hospitalisation

Service :
 Hospitalisation Du : ___/___/___ Au : ___/___/___

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant la case de votre choix.



Très satisfait(e)



Assez satisfait(e)



Assez peu satisfait(e)



Pas du tout satisfait(e)

N/C

Non concerné(e)

Que pensez-vous de votre séjour?

Votre avis nous aide à mieux vous servir et à mieux vous soigner. Il restera confidentiel mais sera lu et pris en compte.
 (cocher une seule case par ligne)

J'ai reçu mon livret d'accueil :

Oui

Non

Date : ___/___/___

Qualité de l'accueil à votre arrivée



N/C

De l'accueil administratif au bureau des admissions

Des délais d'attente (en général)

De l'accueil dans le service

De l'accueil adapté à mon handicap

Du respect de la confidentialité

De la qualité de la signalisation

De la lisibilité des fonctions des professionnels

Qualité de l'information

J'ai eu des informations nécessaires sur :



N/C

Mes droits et devoirs

La possibilité de désigner une personne de confiance

La prise en charge médicale



N/C

Qualité de l'information sur votre maladie

Qualité de l'information sur votre traitement

Disponibilité

Courtoisie, amabilité

Discrétion

La prise en charge soignante



N/C

Information sur votre traitement

Disponibilité

Courtoisie, amabilité

Discrétion

Qualité des soins

					N/C
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				
Respect de mon intimité	<input type="checkbox"/>				
Disponibilité des professionnels	<input type="checkbox"/>				
Suivi médical	<input type="checkbox"/>				
Suivi psychologique	<input type="checkbox"/>				
Personnels soignants	<input type="checkbox"/>				
Personnel de rééducation	<input type="checkbox"/>				
Ma prise en charge sociale	<input type="checkbox"/>				
La prise en compte de ma douleur physique	<input type="checkbox"/>				
La prise en compte de ma douleur psychique	<input type="checkbox"/>				

Les autres personnels

					N/C
Psychologues	<input type="checkbox"/>				
Psychomotriciens	<input type="checkbox"/>				
Ergothérapeutes	<input type="checkbox"/>				
Agents de service hospitaliers	<input type="checkbox"/>				
Agents sociaux éducatifs (assistants sociaux, éducateurs,...) :	<input type="checkbox"/>				
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>				

Les services proposés

					N/C
Service des tutelles de Bonneval	<input type="checkbox"/>				
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>				

La qualité de la prestation hôtelière

					N/C
Chambre propre	<input type="checkbox"/>				
Chambre confortable	<input type="checkbox"/>				
Chambre adaptée à mes besoins (calme, fonctionnelle, ...)	<input type="checkbox"/>				
Repas en quantité suffisante	<input type="checkbox"/>				
Repas : horaires respectés	<input type="checkbox"/>				
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>				
Mes aversions (choix des aliments à éviter) ont été respectées	<input type="checkbox"/>				

Les services au quotidien



N/C

Téléphone	<input type="checkbox"/>				
Cafétéria	<input type="checkbox"/>				
Télévision	<input type="checkbox"/>				
Salle de détente	<input type="checkbox"/>				
Bibliothèque	<input type="checkbox"/>				
Environnement, espaces verts	<input type="checkbox"/>				

Souhaitez-vous apporter d'autres remarques ?

.....

.....

.....

.....

.....