

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

des patients et de leur entourage

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, votre avis sur votre séjour nous intéresse. Nous vous remercions de votre collaboration. Vos réponses seront systématiquement exploitées, de façon anonyme.

Hospitalisation :  programmée  en situation d'urgence

Service d'hospitalisation :

Sexe :  homme  femme

Année de naissance :





Date de sortie d'hospitalisation :

N° de chambre (facultatif) :

## Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?

Merci de cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction.





Si vous n'êtes pas concerné par la question, vous pouvez cocher la case Non concerné.

	Très satisfait 	Assez satisfait 	Peu satisfait 	Pas du tout satisfait 	Non concerné
<b>L'accueil dans l'établissement</b>					
1. L'accueil téléphonique de l'hôpital (amabilité, attente...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'accès à l'hôpital (signalisation, transport, parking...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La signalisation dans l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les conditions d'accueil de vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Les relations et les soins</b>					
<b>■ Avec les médecins</b>					
6. La disponibilité des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La clarté des explications fournies sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La clarté des explications fournies sur votre traitement ou examens prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>■ Avec les soignants</b>					
9. La disponibilité et l'attention du personnel soignant à votre égard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. L'information sur le déroulement des soins et des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>■ Votre prise en charge</b>					
11. Votre éventuel passage aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La qualité des soins apportés pour soulager votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Le respect de votre intimité, de votre dignité et de vos croyances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Le respect de la confidentialité des informations échangées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>■ Organisation des examens et des consultations</b>					
15. L'organisation des examens et interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Les conditions de transport entre les services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?

Merci de cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction.

Si vous n'êtes pas concerné par la question, vous pouvez cocher la case Non concerné.

	Très satisfait 	Assez satisfait 	Peu satisfait 	Pas du tout satisfait 	Non concerné
<b>Votre séjour</b>					
<b>■ Votre chambre</b>					
17. Le calme de votre environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La propreté de votre chambre et des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La qualité du linge fourni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>■ Les repas</b>					
21. La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La présentation des plateaux repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Le respect de vos goûts alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Les horaires de service des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>■ Les prestations</b>					
25. Le service télévision dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Le service téléphone dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. La boutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre sortie</b>					
28. Le temps accordé pour vous permettre d'organiser votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. La simplicité des formalités de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. La clarté des explications données sur votre convalescence (poursuites des soins, traitements, transfert vers un autre établissement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre appréciation d'ensemble</b>					
31. La qualité des soins que vous avez reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Votre opinion d'ensemble sur votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos remarques et suggestions :

Merci de nous retourner le questionnaire par le moyen de votre choix :

- En le déposant dans une boîte à lettre située à la sortie de l'unité (CHIVA)
- En le remettant au cadre de santé ou à un soignant
- En le déposant au bureau des entrées
- Ou en nous l'adressant par courrier : Direction qualité – centre hospitalier du val d'Ariège – BP 90064 – 09017 FOIX cedex