

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET D'EXPÉRIENCE DU PATIENT HOSPITALISÉ

Cher patient, cher usager,

Merci de répondre à ce questionnaire pour nous aider à améliorer la qualité de nos prestations.

Faites-nous part de votre appréciation en remettant ce questionnaire dans l'enveloppe jointe, avant votre départ, au personnel de l'unité de soins.

Le Directeur

Date : ____ / ____ / ____

Service :

- Altaïr UPG Cassiopée Explorations Fonctionnelles et Sommeil
 Buffon Mandela UD POP (Plateforme d'Orientation Psychiatrique)
 C. Claudel Eole St Exupéry Géronto-psychiatrie

Lors de votre arrivée, votre hospitalisation s'est faite :

- Avec votre consentement Sans votre consentement

ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Êtes-vous satisfait(e) :					
de l'accueil par le personnel de la POP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'accueil dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions :

.....

.....

DROITS ET INFORMATION

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Êtes-vous satisfait(e) :					
des explications sur vos modalités d'hospitalisation (avec votre consentement ou sans votre consentement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des explications sur les soins et les examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des explications sur votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des explications sur votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de la confidentialité des informations vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'information sur la désignation d'une personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des modalités de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'information sur la continuité des soins après l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous a-t-on présenté le **livret d'accueil** de l'établissement ? Oui Non

Suggestions :

.....

.....

SOINS / PRISE EN CHARGE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Êtes-vous satisfait(e) :					
de la qualité des soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la qualité des soins paramédicaux (infirmiers, aides-soignants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la qualité des soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la disponibilité des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la disponibilité du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des relations avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des relations avec l'équipe médicale (médecins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en charge par les autres professionnels (assistant de service social, kiné, psychologue, diététicien...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des activités proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions :

.....

.....

HÔTELLERIE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Êtes-vous satisfait(e) :					
du confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'environnement sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions :

.....

.....

EN GÉNÉRAL

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Quelle est votre appréciation globale sur votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous... ?

Beaucoup mieux Plutôt mieux Ni mieux ni moins bien Moins bien

Avez-vous d'autres remarques à faire ? Que souhaiteriez-vous voir améliorer ?

.....

.....

.....