

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET D'EXPÉRIENCE DU PATIENT HOSPITALISÉ

Dans le cadre d'une recherche permanente d'amélioration de la qualité de notre prise en charge, nous souhaitons connaître votre avis, vos suggestions et remarques.






Merci de répondre à ce questionnaire et de le remettre dans l'enveloppe jointe, avant votre départ, au personnel de l'unité de soins.






Date : / /

Service / Unité de soins :

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
					
Orientation / signalétique dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil par le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil par le personnel de la POP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil réservé à votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DROITS ET INFORMATIONS	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Explications sur vos modalités d'hospitalisation (avec ou sans votre consentement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur les soins et les examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité des informations vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur la désignation d'une personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur les modalités de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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






⇒ Connaissez-vous le dispositif « **Mon espace santé** » de l'assurance maladie ? Oui Non

• Si oui, l'utilisez-vous ? Oui Non

• Si non, pourquoi ?

• Avez-vous eu, durant votre hospitalisation, une information pour savoir comment l'utiliser ? Oui Non

PRISE EN CHARGE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Qualité des soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins paramédicaux (infirmiers, aides-soignants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec l'équipe médicale (médecins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Activités proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS DE SÉJOUR

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
Confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPRÉCIATION GÉNÉRALE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
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 des suggestions ou remarques à faire ? Que souhaiteriez-vous voir améliorer ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....