

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.

1/ Date : ____ / ____ / ____

2/ Service / Unité de soins :

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ Altaïr | ☐ Cassiopée | ☐ UD | ☐ Explorations Fonctionnelles et Sommeil |
| ☐ Buffon | ☐ EOLE | ☐ UPG | ☐ POP (Plateforme d'Orientation Psychiatrique) |
| ☐ C. Claudel | ☐ Mandela | ☐ St Exupéry | ☐ Géro-nto-psychiatrie |

3/ 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
					
4/ Orientation / signalétique dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
5/ Accueil par le personnel administratif	☐	☐	☐	☐	☐
6/ Accueil par le personnel de la POP	☐	☐	☐	☐	☐
7/ Accueil dans le service d'hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐
8/ Accueil réservé à votre entourage	☐	☐	☐	☐	☐

DROITS ET INFORMATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
9/ Explications sur vos modalités d'hospitalisation (avec ou sans votre consentement)	☐	☐	☐	☐	☐
10/ Explications sur les soins et les examens	☐	☐	☐	☐	☐
11/ Explications sur votre maladie	☐	☐	☐	☐	☐
12/ Explications sur votre traitement	☐	☐	☐	☐	☐
13/ Respect de la confidentialité des informations vous concernant	☐	☐	☐	☐	☐
14/ Information sur la désignation d'une personne de confiance	☐	☐	☐	☐	☐
15/ Explications sur les modalités de votre sortie	☐	☐	☐	☐	☐
16/ Information sur la continuité des soins après l'hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

19/ **Si oui** : l'utilisez-vous ? Oui ☐ Non ☐

20/ **Si non** : pourquoi ?.....

21/ 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
					
22/ Qualité des soins médicaux	☐	☐	☐	☐	☐
23/ Qualité des soins paramédicaux (infirmiers, aides-soignants)	☐	☐	☐	☐	☐
24/ Qualité des soins d'hygiène	☐	☐	☐	☐	☐
25/ Prise en charge de la douleur	☐	☐	☐	☐	☐
26/ Disponibilité des soignants	☐	☐	☐	☐	☐
27/ Disponibilité du médecin	☐	☐	☐	☐	☐
28/ Respect de votre intimité	☐	☐	☐	☐	☐
29/ Relations avec le personnel soignant	☐	☐	☐	☐	☐
30/ Relations avec l'équipe médicale (médecins)	☐	☐	☐	☐	☐
31/ Prise en charge par les autres professionnels (assistant de service social, kinésithérapeute, psychologue, diététicien...)	☐	☐	☐	☐	☐
32/ Activités proposées	☐	☐	☐	☐	☐

CONDITIONS DE SÉJOUR

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
33/ Confort de votre chambre	☐	☐	☐	☐	☐
34/ Propreté de votre chambre	☐	☐	☐	☐	☐
35/ Environnement sonore	☐	☐	☐	☐	☐
36/ Qualité des repas	☐	☐	☐	☐	☐
37/ Quantité des repas	☐	☐	☐	☐	☐
38/ Variété des menus	☐	☐	☐	☐	☐
39/ Respect des régimes	☐	☐	☐	☐	☐

APPRÉCIATION GÉNÉRALE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans avis
					
40/ Appréciation globale sur votre séjour	☐	☐	☐	☐	☐

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

☐ Beaucoup mieux ☐ Plutôt mieux ☐ Ni mieux ni moins bien ☐ Moins bien

42/ Avez-vous des suggestions ou remarques à faire ? Que souhaiteriez-vous voir améliorer ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....