

## Questionnaire de satisfaction des patients : Votre avis nous intéresse !

Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, la Direction vous remercie de bien vouloir consacrer quelques minutes pour compléter ce questionnaire.

*Questionnaire exploité par lecture scanner,  
merci de porter une attention particulière au remplissage  
en cochant à l'intérieur de chaque case.*



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas satisfait

### Mieux vous connaître

Nom, Prénom (facultatif) :

Votre sexe :

Masculin

Féminin

Votre tranche d'âge :

< 18 ans

Entre 18 et 30 ans

Entre 30 et 60 ans

Entre 60 et 80 ans

> 80 ans

Avez-vous reçu le livret d'accueil ?

Oui

Non

Vous avez séjourné en :

Cardiologie

Hôpital de semaine

Chirurgie orthopédique

Médecine polyvalente

Chirurgie viscérale, et spécialités

Neurologie

Court Séjour Gériatrique

Pédiatrie

Diabétologie, Pneumologie

Psychiatrie

Gastro-entérologie

Soins palliatifs

Gynécologie

SSR

Hôpital de jour

USIC/USINV

### Votre avis sur l'accessibilité



NON  
CONCERNÉ

L'accès à l'hôpital






L'orientation (signalétique) dans l'hôpital






### Votre avis sur l'accueil administratif



NON  
CONCERNÉ

Le délai d'attente au bureau des entrées






Le délai de réponse au téléphone






La qualité de l'accueil










La prise de rendez-vous





## Votre avis sur votre séjour

					NON CONCERNÉ
La présentation et l'identification du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en compte des usagers en situation de handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accueil à votre arrivée en service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'écoute du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilité du livret d'accueil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La disponibilité des équipes soignantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge par l'équipe soignante (jour et nuit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information donnée sur votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation de vos soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information donnée sur vos traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect de votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect de vos convictions / croyances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information délivrée sur vos droits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre sentiment de sécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Votre avis sur les autres prestations

					NON CONCERNÉ
L'hygiène des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le confort de votre chambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'environnement sonore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La quantité par repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Votre avis sur l'organisation de votre sortie

					NON CONCERNÉ
Les informations sur votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des rendez-vous à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information sur votre traitement de sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Recommanderiez-vous notre établissement à un proche ou un ami ?**

Oui  Non  Ne se prononce pas

**Questionnaire rempli par :**  Patient  Accompagnant / entourage

**Avez-vous des suggestions ou des remarques ?**