

Votre avis nous intéresse...

Vous allez sortir et nous avons besoin de votre avis pour améliorer notre qualité de soins. Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire anonyme. Cochez la case correspondant à votre niveau de satisfaction. Vous pourrez le déposer dans la boîte aux lettres du service prévue à cet effet.

Date : ____/____/20__

Service d'accueil : _____

QUE PENSEZ-VOUS DE L'ACCUEIL ?

					Non concerné
Des professionnels dans l'unité de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Informations données

	Oui	Non
Vous a-t-on remis et présenté le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on informé(e) sur les raisons de votre hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on informé(e) sur votre mode d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on informé(e) sur l'organisation des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUE PENSEZ-VOUS DE VOTRE SÉJOUR ?

Les soins	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Non concerné
L'information transmise concernant votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'information transmise concernant le bénéfice / risque des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le respect de vos droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>				
La qualité de la prise en charge par les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non
Avez-vous été associé(e) à votre projet de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La sortie

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Non concerné
La préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'organisation de votre suivi (CMP, hôpital de jour...)	<input type="checkbox"/>				

QUE PENSEZ-VOUS DE VOS CONDITIONS D'HÉBERGEMENT ?

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Non concerné
La qualité / le confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La qualité / le confort des espaces de vie communs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La gestion des objets et biens personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les horaires de visite	<input type="checkbox"/>				
La qualité et la présentation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La durée des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vos remarque(s) (accueil, séjour, hébergement...) / Proposition(s) d'amélioration :

.....

.....

.....

.....

SATISFACTION GÉNÉRALE

					Non concerné
En considérant l'ensemble des aspects de votre hospitalisation, vous êtes plutôt :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nous vous remercions du temps que vous venez de consacrer à renseigner ce questionnaire.