QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Vous avez été pris(e) en charge au CH Marvejols. Afin d'améliorer la qualité de nos prises en charge et de satisfaire au mieux les besoins de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire suivant.

Vous pouvez le remettre à un professionnel du service, sur l'adaptable de votre chambre ou dans l'urne prévue à cet effet à l'accueil de l'Hôpital.

Vous avez été pris(e) en charge (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

❑ Médecine ❑ SSR

En ce qui concerne l'accueil qui vous a été réservé

	☹	😒	😐	🙂	NC
Etes-vous satisfait(e) de					
L'accueil au bureau des admissions ?	☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil dans votre service d'hospitalisation ou de consultation ?	☐	☐	☐	☐	☐
L'orientation (signalétique) dans l'établissement ?	☐	☐	☐	☐	
L'accessibilité	☐	☐	☐	☐	

Vous a-t-on remis le livret d'accueil ? ❑ OUI ❑ NON ❑ Ne sait plus

En ce qui concerne le respect de vos droits

	☹	😒	😐	🙂	NC
Vous a-t-on demandé de désigner une personne de confiance ?	❑ OUI	❑ NON	❑ Ne sait pas		
Vous a-t-on demandé si vous avez rédigé vos directives anticipées ?	❑ OUI	❑ NON	❑ Ne sait plus		
Etes-vous satisfait(e) de					
L'écoute du personnel ?	☐	☐	☐	☐	☐
L'information donnée sur votre état de santé (clarté des réponses) ?	☐	☐	☐	☐	☐
L'information donnée sur les résultats des examens / interventions ?	☐	☐	☐	☐	☐
L'information donnée à votre entourage ?	☐	☐	☐	☐	☐
Du respect de votre intimité lors des soins ?	☐	☐	☐	☐	☐
Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?	☐	☐	☐	☐	☐
De la prise en compte de vos attentes, de votre vécu personnel, de vos habitudes ?	☐	☐	☐	☐	

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur

Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ?	❑ Souvent	❑ Parfois	❑ Jamais
En cas de douleur, a-t-on pris en compte votre douleur (Evaluation, soulagement)	❑ Oui	❑Non	❑ Non concerné

☹ Très insatisfait 😒 Insatisfait 😐 Satisfait 🙂 Très satisfait NC Non concerné

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Vos conditions d'hébergement

	☹	😕	😐	😀	NC
Que pensez-vous de votre chambre ...					
L'agencement ?	☐	☐	☐	☐	☐
La propreté ?	☐	☐	☐	☐	☐
La température de la pièce ?	☐	☐	☐	☐	☐
Le confort ?	☐	☐	☐	☐	☐
Que pensez-vous des prestations					
TV, téléphone et WIFI	☐	☐	☐	☐	☐
Que pensez-vous des repas / collations ...					
La présentation des assiettes, aspect des aliments ?	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité gustative ?	☐	☐	☐	☐	☐
La température des plats ?	☐	☐	☐	☐	☐
Le respect de la pause repas ?	☐	☐	☐	☐	☐
Des horaires des repas ?	☐	☐	☐	☐	☐

Votre sortie

	☹	😕	😐	😀	NC
Etes-vous satisfait de					
L'organisation et de l'anticipation de votre sortie ?	☐	☐	☐	☐	☐
L'information donnée sur vos traitements et soins (signes d'alerte de complications, ordonnance, ...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
L'organisation de votre suivi après votre sortie (prochain RDV, examen ....) ?	☐	☐	☐	☐	☐

Votre appréciation générale

	☹	😕	😐	😀
Quelle est votre opinion générale sur votre séjour ?	☐	☐	☐	☐

Commentaire(s)

FACULTATIF

NOM – Prénom : .....

Age : ❑ 19 – 65 ans ❑ +65 ans

Durée de séjour : ❑ 1 jour ❑ 2 à 7 jours ❑ +7 jours

Mois de votre séjour : ❑ Janvier ❑ Février ❑ Mars ❑ Avril ❑ Mai ❑ Juin
❑ Juillet ❑ Aout ❑ Septembre ❑ Octobre ❑ Novembre ❑ Décembre

Département de résidence : ❑ 48 ❑ Autre : .....

☹ Très insatisfait 😕 Insatisfait 😐 Satisfait 😀 Très satisfait NC Non concerné