

# Questionnaire de satisfaction



Afin d'améliorer la qualité de nos services, votre avis nous intéresse !  
Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

**Votre mode d'entrée :** Hospitalisation complète

|   | Excellent                          | Bon                          | Mauvais                          | Très mauvais                          |
|---|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>• <u>Votre accueil</u></b>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| Facilité d'accès sur le site  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Signalétique dans l'établissement   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Accueil en consultations  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Accueil à l'admission   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Amabilité du personnel  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <hr/>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>• <u>Communication</u></b>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| Contenu du Livret d'accueil   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Informations disponibles au sein de l'établissement (affiche, tract, site internet,...) | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <hr/>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>• <u>L'équipe médicale</u> (médecins)</b>  |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>Qualité du suivi médical</b>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>Information :</b>  |                                    |                              |                                  |                                       |
| Par le médecin anesthésiste   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Par le chirurgien   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Avez-vous été impliqué dans les décisions liées aux soins ?                             | <input type="checkbox"/> OUI       | <input type="checkbox"/> NON |                                  |                                       |
| <hr/>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>• <u>Le bloc opératoire</u></b>  |                                    |                              |                                  |                                       |
| Accueil   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Amabilité   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Information   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Le brancardage  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <hr/>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>• <u>L'équipe soignante</u> (infirmières, aides-soignantes)</b>                      |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>De jour</b>  |                                    |                              |                                  |                                       |
| Disponibilité   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Amabilité   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Information   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Prise en compte de vos besoins  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <b>De nuit</b>  |                                    |                              |                                  |                                       |
| Disponibilité   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Amabilité   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Information   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Prise en compte de vos besoins  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <hr/>   |                                    |                              |                                  |                                       |
| <b>Prise en charge de la Douleur</b>  |                                    |                              |                                  |                                       |
| Avez-vous eu des douleurs ?   | <input type="checkbox"/> OUI       | <input type="checkbox"/> NON |                                  |                                       |
| Bloc opératoire   | <input type="checkbox"/> OUI       | <input type="checkbox"/> NON |                                  |                                       |
| Service de soins  | <input type="checkbox"/> OUI       | <input type="checkbox"/> NON |                                  |                                       |
| Votre douleur a été prise en charge de manière :  | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Mauvais | <input type="checkbox"/> Très mauvais |
| Avez-vous eu des informations sur votre douleur ?                                       | <input type="checkbox"/> OUI       | <input type="checkbox"/> NON |                                  |                                       |

| <b>L'équipe hôtelière</b> (ménage, repas) | <b>Excellent</b>         | <b>Bon</b>               | <b>Mauvais</b>           | <b>Très mauvais</b>      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Disponibilité                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amabilité                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**• Locaux et environnement**

**La chambre :**

|             |                          |                          |                          |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Propreté    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Équipements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calme       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Les lieux communs :**

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Propreté                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Équipements (salle de pause, distributeurs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**• Repas**

|                     |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Qualité             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quantité            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diversité / Variété | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chaleur             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présentation        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous un régime particulier ? si oui lequel :

**• Votre sortie**

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Délai d'attente                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organisation (date de sortie, destination,...)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information médicale relative à votre sortie       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information administrative relative à votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**• Divers**

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le respect de votre vie privée/Intimité  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de vos croyances              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accueil et accompagnement de l'entourage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si vous deviez subir une nouvelle hospitalisation,**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Choisiriez-vous notre établissement ?                           | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Seriez-vous prêt à conseiller notre établissement à un proche ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

**• Votre satisfaction globale**

Numéro de chambre : .....

Date de votre séjour : ...../...../.....

Votre nom (facultatif) : .....

**Commentaires généraux :**

.....

.....

.....

.....

*Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.  
**Merci de le déposer dans la bulle située dans le hall d'accueil.**  
 En espérant que votre séjour vous a donné entière satisfaction, nous vous souhaitons un prompt rétablissement.*