

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Services d'hospitalisation

Afin d'améliorer l'accueil et la qualité des soins dans notre établissement, nous vous remercions de nous aider en remplissant ce questionnaire et en le déposant dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'accueil.

DATE DE VOTRE SEJOUR

VOTRE NOM (facultatif)

NOM DU PRATICIEN (facultatif)

VOTRE AGE

- de 20 ans de 20 à 39 ans de 40 à 59 ans de 60 à 75 ans + de 75 ans

Dans quel service avez-vous séjourné ?

2e étage

3e étage

Pendant votre hospitalisation, comment avez-vous estimé les critères suivants ?

1-Accueil:

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt mécontent	Très mécontent
Le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil dans les services par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-Prise en charge :

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt mécontent	Très mécontent
La qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations fournies lors de votre hospitalisation (bénéfice risque soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute apportée par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous souffert durant votre séjour ?

Oui

Non

Si oui, vous a-t-on soulagé rapidement ?

Oui

Non

Avez-vous réussi à identifier les professionnels que vous avez rencontrés ?

Oui

Non

3-Service Hôtelier

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt mécontent	Très mécontent
Le confort d'installation dans la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme durant le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté de la chambre et du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfaction générale :

Quelle est votre impression générale sur votre séjour dans notre établissement ?

Très satisfait

Plutôt satisfait

Plutôt mécontent

Très mécontent

Vos remarques :

Vous êtes arrivé à la fin de ce questionnaire. Vous pouvez nous faire part de vos remarques : elles nous permettront d'améliorer les services dans notre établissement :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet, à l'accueil, lors de votre départ.