

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOSPITALISATION COMPLETE

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

<b>Votre Accueil</b>	Excellent	Bon	Mauvais	Très Mauvais
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 consultation	<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"/>

<b>Communication</b>	Excellent	Bon	Mauvais	Très Mauvais
Contenu du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations disponibles au sein de l'établissement (affichage, tracts, site internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>L'Équipe Médicale (les médecins)</b>	Excellent	Bon	Mauvais	Très Mauvais
Qualité du suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information par le médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information 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

<b>Le Bloc Opératoire</b>	Excellent	Bon	Mauvais	Très Mauvais
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"/>

### L'Équipe Soignante (les infirmières et les aides-soignantes)

<b>DE JOUR</b>	Excellent	Bon	Mauvais	Très Mauvais
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>	Excellent	Bon	Mauvais	Très Mauvais
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>Prise en charge de la Douleur</b>	Excellent	Bon	Mauvais	Très Mauvais
La prise en charge de votre douleur a été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
Avez-vous eu des informations sur votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Avez-vous eu des informations sur la musicothérapie ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

**Locaux et Environnement****La chambre :** Excellent Bon Mauvais Très Mauvais

Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipements	<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 :** Excellent Bon Mauvais Très Mauvais

Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipements (salle de pause, distributeurs...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Repas** Excellent Bon Mauvais Très Mauvais

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 ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Lequel?	_____			

**Votre Sortie** Excellent Bon Mauvais Très Mauvais

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 donnée:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information administrative donnée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Numéro de chambre**

\_\_\_\_\_

**Date de votre séjour**

\_\_\_\_\_

**Votre nom (facultatif)**

\_\_\_\_\_

**Divers** Excellent Bon Mauvais Très Mauvais

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 votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous deviez subir une nouvelle hospit:** Excellent Bon Mauvais Très Mauvais

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

**Votre satisfaction globale** Excellent Bon Mauvais Très Mauvais

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**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**