

# Questionnaire de Satisfaction



Madame, Monsieur,

Notre établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la Qualité. Dans ce cadre, nous souhaitons recueillir votre avis.

**Vos réponses sont importantes.** Elles permettront au Centre Hospitalier de Saint Sever de connaître les points que vous trouvez positifs et ceux qui peuvent être améliorés.

**Ce questionnaire est confidentiel.** Vous pouvez donc vous exprimer en toute liberté en répondant sincèrement aux questions qui vous sont posées.

Vous avez le droit d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête.

**Vous pouvez remettre ce questionnaire à un membre de l'équipe.**

**Nous vous remercions par avance de votre participation.**

**Service :** (cochez votre service)

## COURT Séjour

Médecine  SSR  UCC  Hôpital de jour





















## LONG Séjour

EHPAD  USLD 1er  USL Rdc  UHR



















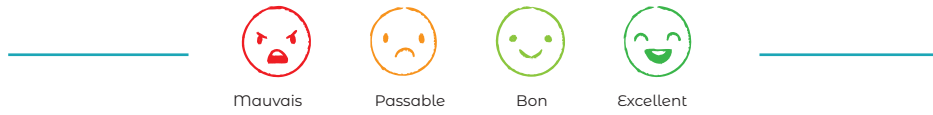
Mauvais Passable Bon Excellent

## 1. Votre Accueil

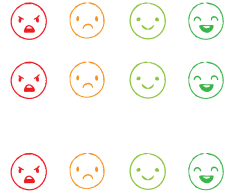
- Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement ? .....    
- Avez-vous été informé(e) de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement? ..... **oui**  **non**
- Que pensez-vous de la façon dont le personnel vous a accueilli dans l'établissement de santé (politesse, écoute, hospitalité, gentillesse) ? .....    
- Que pensez-vous de l'accessibilité de l'établissement (parking, signalétique, etc.) ? .....    
- Que pensez-vous des horaires de visites ? .....    
- **Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans l'établissement ?** .....    

## 2. Votre prise en charge

- Avez-vous reçu spontanément des explications sur votre état de santé ? ..... **rarement**  **parfois**  **souvent**  **toujours**
- Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins, de l'équipe soignante ? .....    
- Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant votre projet de soins ? ..... **oui**  **non**
- Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant votre projet de soins ? ..... **rarement**  **parfois**  **souvent**  **toujours**
- Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins et de l'équipe soignante en général ? ..... **rarement**  **parfois**  **souvent**  **toujours**
- Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs (aigues ou chroniques) ? ..... **intenses**  **modérés**  **faibles**  **pas de douleur**
- Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ? .....    
- Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de votre hospitalisation ? ..... **oui**  **non**
- Que pensez-vous du soutien psychologique qui vous a été apporté par les professionnels qui vous ont pris en charge ? .....    
- Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre séjour ? .....    

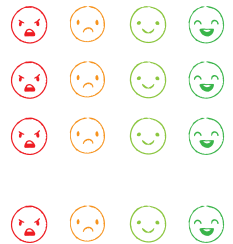


- Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre séjour ? .....
- Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation,...) du personnel du service? .....
- **Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge dans l'établissement ? .....**



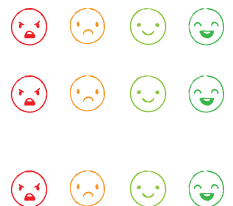
### 3. Votre Lieu de Vie (si long séjour) ou d'Hospitalisation (si court séjour)

- Aviez-vous un accès correct à internet dans votre chambre ? ..... **oui**  **non**  **pas besoin**
- Que pensez-vous du confort de votre chambre ? .....
- Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ? .....
- Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ? .....
- Que pensez-vous de l'adaptation des équipements de l'établissement à votre situation ? .....



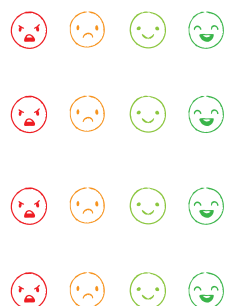
#### Long séjour uniquement

- Avez-vous bénéficié de services à la personne, coiffeur, pédicure... ou d'activités (loisirs, convivialité) lors de votre séjour ? ..... **oui**  **non**
- Que pensez-vous de ces services (services à la personne, coiffeur, pédicure...) ou de ces activités ? .....
- Que pensez-vous du traitement de votre linge ? .....
- **Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre lieu de vie lors de votre prise en charge ? .....**



















### 4. Vos Repas

- Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ? .....
- Que pensez-vous de la prise en compte de vos préférences et aversions alimentaires de votre régime, de vos allergies ? .....
- Que pensez-vous du rythme des repas : horaire du petit déjeuner, du déjeuner, du dîner ? .....
- **Globalement, comment évaluez-vous la qualité de vos repas lors de votre prise en charge ? .....**









## 5. L'Organisation de Votre Sortie (Uniquement pour les courts séjours)

- Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été préparée / anticipée ? .....    
- Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ? ..... **Oui**  **Aucune information ne m'a été donnée**
- Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ? .....    
- Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (activités habituelles, courses, etc...) ? ..... **oui**  **non**
- Avez-vous reçu des informations pour poursuivre vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes rendus médicaux, séances de kinésithérapie,...) ? ..... **oui**  **non**
- Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur le poursuite de vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes rendus médicaux, séances de kinésithérapie,...) ? .....    
- Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale pour préparer votre retour à domicile ? ..... **Oui**   
**Non, mais j'aurais souhaité en voir une**  **Non, car je n'en ai pas eu besoin**
- Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ? .....    

## 6. Opinion Générale

- Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, lieu de vie, repas, organisation de la sortie) ? .....    
- Recommanderiez-vous cet établissement à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ? ..... **1**  **2**  **3**  **4**  **5**

Nous vous remercions pour votre participation

