



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PATIENTS

QUGR/ENQU/E/001

Indice de version : 05

Date de révision : 01/09/17

Date d'application : 01/04/18

Page 1 sur 2

Votre opinion nous est précieuse. Merci de compléter ce questionnaire anonyme. Vos réponses nous serviront à nous améliorer. Vous pouvez déposer le questionnaire dans la boîte aux lettres à l'entrée du service.

PRESENTATION

Date : / /

Personne ne souhaitant pas répondre

Service : Médecine SSR

OU Personne en incapacité de répondre

Questionnaire rempli : Seul

Avec un proche

Avec un soignant

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non Concerné

ACCUEIL

Votre accueil au service Accueil					
Votre accueil dans le service d'hospitalisation					
Les renseignements et informations donnés					

Le livret d'accueil vous a-t-il été présenté ?

Oui

Non

Savez-vous pourquoi, un bracelet d'identification vous a été posé ?

Oui

Non

Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance ?

Oui

Non

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non Concerné

SEJOUR

La signalétique					
Votre chambre					
Le confort					
La propreté					
La température					
Le bruit					
Les repas					
Les horaires					
La présentation					
La qualité et le goût					
La quantité					
Les services à votre disposition					
La télévision					
Le téléphone					



Centre Hospitalier
La Guerche de Bretagne

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PATIENTS

QUGR/ENQU/E/001

Indice de version : 05

Date de révision : 01/09/17

Date d'application : 01/04/18

Page 2 sur 2

	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Insatisfait 	Non Concerné
SOINS					
Les informations données par les médecins					
Les informations données par les soignants					
Les soins dispensés par les médecins					
Les soins dispensés par les soignants					
Les relations avec l'équipe médicale et soignante					
L'identification des professionnels					
La disponibilité des professionnels					
Le respect de l'intimité et de la dignité					
L'évaluation de votre douleur					
Le soulagement de votre douleur					

	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Insatisfait 	Non Concerné
--	--------------------	---------------	-------------------	-----------------	--------------

SORTIE					
Les informations concernant votre sortie <i>(jour, heure, transport, administratives)</i>					
Les informations concernant vos médicaments et les soins à poursuivre					
Les réponses à vos questions sur votre sortie					

	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Insatisfait 	Non Concerné
--	--------------------	---------------	-------------------	-----------------	--------------

SATISFACTION DE VOTRE ENTOURAGE					
L'accueil de votre entourage					
Les informations données à votre entourage					
L'écoute de votre entourage					

	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Insatisfait 	Ne sait pas
--	--------------------	---------------	-------------------	-----------------	-------------

VOTRE SATISFACTION GENERALE					
------------------------------------	--	--	--	--	--

Suggestion(s) d'amélioration :

La direction qualité et gestion des risques et la direction des soins vous remercient pour votre participation.