

Afin d'améliorer la qualité des soins et de mieux répondre à vos besoins, nous vous invitons à compléter ce questionnaire. Vos réponses sont **anonymes et confidentielles** et feront l'objet d'une analyse. Les résultats seront transmis aux services et à la Commission des usagers (CDU). Merci de prendre quelques minutes pour y répondre.

Le questionnaire complété est à déposer dans la boîte aux lettres à l'entrée du service de Médecine/ SMR.

VOTRE SERVICE

☐ Médecine ☐ SMR

VOTRE DATE DE SEJOUR (JJ/MM/AAAA) : Du/ Leau

VOTRE ACCUEIL

Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé :

- ↳ À l'accueil ?
- ↳ Dans le service d'hospitalisation ?

				
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

VOS SOINS

Avez-vous été satisfait(e) de la qualité de vos soins :

- ↳ Par les médecins ?
- ↳ Par le personnel soignant ?

				
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous été satisfait(e) de la relation :

- ↳ Avec les médecins ?
- ↳ Avec le personnel soignant ?

Oui Non Non concerné

Lors de vos soins, votre intimité et votre dignité ont-elles été préservées ?

☐ ☐ ☐

Les professionnels se sont-ils présentés en indiquant leur fonction ?

☐ ☐ ☐

Avez-vous été satisfait(e) de la prise en charge de la douleur ?

☐ ☐ ☐

La confidentialité concernant votre état de santé a-t-elle été respectée ?

☐ ☐ ☐

VOTRE SÉJOUR

Avez-vous été satisfait(e) du confort de votre chambre ?

- ↪ Le mobilier (lit, fauteuil, salle de bain)
- ↪ La propreté
- ↪ Le bruit
- ↪ La température

				
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous été satisfait(e) des repas ?

- ↪ L'horaire
- ↪ La température
- ↪ La qualité des produits

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous été satisfait(e) des services à disposition ?

- ↪ La téléphonie
- ↪ La télévision

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE SORTIE

Avez-vous été satisfait(e) :

- ↪ De l'organisation de votre sortie ?
- ↪ De l'information donnée sur les soins à poursuivre ?

				
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE SATISFACTION

Quel est votre niveau de satisfaction générale suite à votre séjour ?

				
Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
☐	☐	☐	☐	☐

VOS COMMENTAIRES

↪ Points positifs

.....

.....

.....

.....

↪ Points à améliorer

.....

.....

.....

Si vous souhaitez être recontacté, merci de nous laisser vos coordonnées (nom, prénom, téléphone, mail)

↪