



## Questionnaire de satisfaction

### Les repas

- |  | Oui                   | Non                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 29 - Êtes-vous satisfait(e) de la qualité et de la quantité des repas proposés ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30 - La température des repas était-elle satisfaisante ?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31 - Les horaires des repas vous ont-ils convenu ?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Commentaires / Si "Non satisfait", merci de préciser la raison

### La sortie

- |   | Oui                   | Non                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 32 - Vous a-t-on informé(e) suffisamment tôt de vos date et heure de sortie afin que vous puissiez vous organiser?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33 - Avez-vous reçu les documents nécessaires à votre sortie administrative et médicale (traitement à suivre, précautions à prendre...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Votre satisfaction générale

- 34 - En considérant l'ensemble des aspects de votre séjour, vous estimez-vous...
- Très satisfait     Plutôt satisfait     Moyennement satisfait     Pas satisfait
- 35 - Recommanderiez-vous cet établissement à vos proches ?     Oui     Non

Points particuliers que vous voudriez appuyer ou préciser (points forts, propositions d'amélioration, critiques...)

### Développement Durable

Avez-vous des propositions à faire en matière de développement durable ?

**Merci de votre participation !**



## Questionnaire de satisfaction



Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier du Quesnoy. Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Dans un souci permanent d'amélioration de la qualité de nos prestations, nous souhaiterions connaître l'appréciation que vous portez sur votre hospitalisation. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire.

**Règles de remplissage du questionnaire :**

- Pris en compte (le rond est plein)
- Pas pris en compte (le rond n'est pas assez plein)

### Votre unité d'hospitalisation :

Ne cochez qu'un seul service, celui du jour de votre sortie.

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Médecine polyvalente                | <input type="radio"/> Soins de suite polyvalent   | <input type="radio"/> Réhabilitation respiratoire | <input type="radio"/> Hôpital de jour Réhabilitation Respiratoire | <input type="radio"/> Thérapies physiques |
| <input type="radio"/> Hôpital de jour Thérapies physiques | <input type="radio"/> Soins de suite gériatriques | <input type="radio"/> Court séjour gériatrique    | <input type="radio"/> Hôpital de jour gériatrique                 | <input type="radio"/> Sans service        |

Date de sortie : \_\_\_\_\_ Durée du séjour \_\_\_\_\_ Nom (facultatif) : \_\_\_\_\_

### L'accès au Centre Hospitalier

- 1 - Lors de votre arrivée à l'hôpital, les panneaux d'accès vous ont-ils permis de trouver facilement le CH ?     Oui     Non     Non Concerné (arrivée en ambulance)
- 2 - Au sein de l'hôpital, la signalétique vous a-t-elle permis de vous repérer facilement ?     Oui     Non     N.C.
- 3 - Pensez-vous que le CH est adapté aux personnes handicapées ?     Oui     Non     N.C. = Non Concerné

Si "Non", quelles informations auraient pu vous aider?

### L'accueil administratif

- 4 - Considérez-vous que vous avez été bien accueilli(e) par le personnel administratif (amabilité...) ?     Oui     Non
- 5 - Les informations contenues dans le livret d'accueil ont-elles répondu à vos questions ?     Oui     Non     Je n'ai pas reçu le livret d'accueil

Si "Non", quelles informations auraient pu vous aider?



## Questionnaire de satisfaction

6 - Avez-vous reçu des informations relatives aux formalités administratives (mode de paiement, prise en charge mutuelle), et pour les patients hospitalisés (télévision, téléphone...)  Oui  Non

### L'accueil dans les services de soins

7 - Considérez-vous que vous avez été bien accueilli(e) dans le service de soins (amabilité...)  Oui  Non

8 - Avez-vous reçu des informations pratiques concernant votre séjour ? (dépôt de biens, horaires de visite, repas, accueil des accompagnants...)  Oui  Non

9 - Avez-vous été informé(e) de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de vous ?  Oui  Non

Commentaires / Si "Non satisfait" merci de préciser la raison

### La prise en charge

10 - Savez-vous quel(s) médecin(s) assurai(en)t votre prise en charge ?  Oui  Non

11 - Vous êtes-vous senti(e) impliqué(e) dans les décisions médicales vous concernant ?  Oui  Non

12 - Votre intimité a-t-elle été respectée ?  Oui  Non

13 - Le délai de réponse aux appels (sonnettes), est-il satisfaisant?  Oui  Non  N.C.

N.C. = Non Concerné

14 - Avec vous, le personnel était-il respectueux dans l'attitude et dans les paroles ?  Oui  Non

15 - Le personnel a-t-il évalué votre douleur ?  Oui  Non

16 - La prise en charge de votre douleur a-t-elle été satisfaisante ?  Oui  Non  Non concerné

17 - Si vous avez eu des examens radiologiques, êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge ?  Oui  Non  Non concerné

18 - Si vous avez eu des actes de kinésithérapie, êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge ?  Oui  Non  Non concerné



## Questionnaire de satisfaction

19 - Si vous avez bénéficié d'un transport interne, êtes-vous satisfait de votre prise en charge ?  Oui  Non  Non concerné

20 - Si vous avez bénéficié d'un transport en ambulance, êtes-vous satisfait de votre prise en charge ?  Oui  Non  Non concerné

Si "non satisfait" par l'ambulance, merci de préciser son nom : \_\_\_\_\_

Commentaires / Si "Non satisfait", merci de préciser la raison

### Les informations données sur votre état de santé et vos droits

21 - Êtes-vous satisfait(e) des explications données sur votre état de santé et sur vos soins ?  Oui  Non

22 - Avez-vous été informé(e) de vos droits en tant que patient (personne de confiance, commission des usagers, accès au dossier médical...) ?  Oui  Non

23 - Selon vous, la confidentialité des informations vous concernant a-t-elle été respectée ?  Oui  Non

Commentaires / Si "Non satisfait", merci de préciser la raison

### Le confort et l'hygiène

24 - Êtes-vous satisfait(e) de la propreté de votre chambre et des locaux ?  Oui  Non

25 - La température de votre chambre ou des locaux était-elle satisfaisante ?  Oui  Non

26 - Les équipements mis à votre disposition (lit, fauteuil...) étaient-ils confortables ?  Oui  Non

27 - Votre séjour s'est-il déroulé dans le calme ?  Oui  Non

28 - Êtes-vous satisfaisant(e) de la qualité du linge fourni ?  Oui  Non

Commentaires / Si "Non satisfait", merci de préciser la raison