

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre d'améliorer nos pratiques et ainsi de mieux répondre à vos attentes, nous vous demandons de prendre quelques instants afin de remplir le présent questionnaire. Avant votre départ, vous pouvez déposer ce document dans la boîte aux lettres du service prévue à cet effet, il sera ensuite traité par la Direction Qualité.

### VOTRE ACCUEIL

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Formalités administratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accueil dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Oui		Non
Présentation des professionnels lors de l'accueil		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Remise d'un livret d'accueil		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

### VOS SOINS

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Qualité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect de votre intimité (durant les soins, la toilette)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilité et écoute du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politesse et amabilité du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### VOTRE INFORMATION

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Sur les médicaments donnés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur les soins effectués (examens, résultats)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur votre état de santé, votre maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Rapidité de la prise en compte de votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### AUTRES PRISES EN CHARGE

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Brancardage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imagerie/Radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## LES PRESTATIONS HOTELIERES

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Propreté de la chambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confort de la chambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquillité sonore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horaires des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respect du régime alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat des locaux et des équipements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Oui	Non	Sans objet
En cas de détérioration ou d'équipements défectueux, l'avez-vous signalé au service de soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La réponse qui vous a été donnée a-t-elle été satisfaisante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## AUTRES PRESTATIONS

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wifi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SATISFACTION GLOBALE

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## VOS COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS

DATE

SERVICE

**Apportez-nous votre soutien** en répondant également au mail d'enquête de la Haute Autorité de Santé (HAS) que vous recevrez au domicile.

