

## Questionnaire de satisfaction patient

Suite à votre séjour à la Maison Hospitalière Saint Charles, nous souhaitons recueillir votre opinion sur votre prise en charge. Vos réponses sont importantes car elles permettront d'améliorer la qualité des prestations dispensées dans l'établissement.

Pour pouvez également télécharger ce questionnaire. Après l'avoir rempli, merci de le mettre sous enveloppe et de le déposer auprès d'une infirmière ou d'une aide-soignante du service ou dans la boîte aux lettres du Service Qualité située à proximité du Bureau des Admissions.

Nous vous remercions de votre participation.

### 1 - Votre accueil

<b>1-1 : Avez-vous été satisfait de votre accueil au Bureau des Admissions – Entrées ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Insatisfait
<b>1-2 : Avez-vous été informé de la possibilité de désigner la personne à prévenir en cas d'urgence ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-3 : Avez-vous été satisfait de votre accueil dans l'unité de soins ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Insatisfait
<b>1-4 : Lors de votre arrivée dans l'unité de soins, vous a-t-on remis le livret d'accueil ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-5 : Vous a-t-on expliqué le contenu du livret d'accueil ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-6 : Avez-vous été informé de la possibilité de désigner votre personne de confiance ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-7 : Avez-vous bénéficié d'un entretien d'accueil prenant en compte vos habitudes de vie (repas, sommeil...) ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-8 : Les professionnels de santé se sont-ils présentés en mentionnant leurs noms et leurs fonctions ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-9 : Avez-vous pu identifier facilement les professionnels (port d'un badge ou identification sur la tenue) ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-10 : Avez-vous été informé de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<b>1-11 : Avez-vous reçu une information sur le dépôt d'argent et des objets de valeur ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

### 2 - Votre chambre

<b>2-1 : Vous étiez dans une chambre :</b>			
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Double		
<b>2-2 : Le niveau de propreté de votre chambre était :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisant	<input type="checkbox"/> Satisfaisant	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> Insatisfaisant
<b>2-3 : Avez-vous été satisfait du système de télévision ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Insatisfait
<b>2-4 : Avez-vous été satisfait du service téléphonique ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Insatisfait
<b>2-5 : La température de votre chambre était :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisante	<input type="checkbox"/> Satisfaisante	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisante	<input type="checkbox"/> Insatisfaisante
<b>2-6 : Le cabinet de toilette vous a paru :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisant	<input type="checkbox"/> Satisfaisant	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> Insatisfaisant

### 3- Vos repas

<b>3 -Avez-vous été satisfait des repas servis ?</b>		
<b>3-1 : Qualité</b>	<b>3-2 : Quantité</b>	<b>3-3 : Variété</b>
<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait

<input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait
<b>3-4 : Présentation</b>	<b>3-5 : Température</b>	<b>3-6 : Horaires</b>
<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait

#### 4 – Les soins et leur prise en charge

<b>4- Comment avez-vous apprécié :</b>			
<b>4-1 : La qualité des soins médicaux</b>	<b>4-2 : La qualité des soins infirmiers</b>	<b>4-3 : Le respect de l'intimité</b>	
<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	
<b>4-4 : L'attention accordée</b>	<b>4-5 : La prise en charge de la douleur</b>	<b>4-6 : La disponibilité du personnel médical</b>	
<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	
<b>4-7 : La disponibilité du personnel paramédical</b>	<b>4-8 : La qualité des informations délivrées par le personnel médical</b>	<b>4-9 : La qualité des informations délivrées par le personnel paramédical</b>	
<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Insatisfait	
<b>4-10 : Les informations concernant votre traitement médicamenteux :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Insatisfait
<b>4-11 : Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive de la part des médecins ?</b>			
<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>4-12 : Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive de la part des infirmières ou des aides-soignantes ?</b>			
<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>4-13 : Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ?</b>			
<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Mauvais
<b>4-14 : Avez-vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de votre hospitalisation (malaise, perfusion défectueuse, fin de perfusion, aller aux toilettes...) ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>4-15 : Quelle est votre appréciation du délai d'attente pour avoir reçu de l'aide de façon urgente ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisante	<input type="checkbox"/> Satisfaisante	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisante	<input type="checkbox"/> Insatisfaisante

#### 5 - Organisation de la sortie

<b>5-1 : Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination de sortie...) ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisante	<input type="checkbox"/> Satisfaisante	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisante	<input type="checkbox"/> Insatisfaisante
<b>5-2 : Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables...) ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>5-3 : Avez-vous reçu des informations sur la reprise de vos activités après votre sortie ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>5-4 : Avez-vous reçu des informations sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

<b>5-5 : Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes...) ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>5-6 : Etes-vous satisfait des informations données pour organiser votre sortie ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Insatisfait

## 6 - Vous et votre hospitalisation

<b>6-1 : Les horaires de réveil vous ont paru :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisants	<input type="checkbox"/> Satisfaisants	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisants	<input type="checkbox"/> Insatisfaisants
<b>6-2 : Les horaires de visite vous ont paru :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisants	<input type="checkbox"/> Satisfaisants	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisants	<input type="checkbox"/> Insatisfaisants
<b>6-3 : Les panneaux de signalisation intérieurs et extérieurs vous ont paru :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisants	<input type="checkbox"/> Satisfaisants	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisants	<input type="checkbox"/> Insatisfaisants
<b>6-4 : Les services à disposition (coiffeur, pédicure...) vous ont paru :</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisants	<input type="checkbox"/> Satisfaisants	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisants	<input type="checkbox"/> Insatisfaisants
<b>6-5 : Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble du séjour ?</b>			
<input type="checkbox"/> Très satisfaisante	<input type="checkbox"/> Satisfaisante	<input type="checkbox"/> Peu satisfaisante	<input type="checkbox"/> Insatisfaisante
<b>6-6 : Recommanderiez-vous cet établissement à vos proches ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>6-7 : Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>Dans quelle unité de soins avez-vous été hospitalisé ?</b>			
<b>Quelle a été la durée de votre séjour ?</b>			
<b>Quel est votre âge ?</b>			

## Avez-vous des suggestions ou des remarques particulières ?

Le personnel de la Maison Hospitalière Saint Charles vous remercie d'avoir pris sur votre temps pour remplir ce questionnaire.