

Êtes vous concerné(e) par des activités :  OUI  NON

Si oui, quel est votre avis sur :

La qualité des activités proposées :  Non concerné

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant Non concerné

En individuel :

En groupe :

La préparation de votre sortie en termes de :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Qualité de l'information :

Anticipation du projet de sortie :

### Evaluation globale de la qualité de votre prise en charge

Tout à fait insatisfaisant 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait satisfaisant

Avez vous des remarques et/ou des suggestions ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nous vous remercions de votre aide et de votre participation

# Questionnaire de Satisfaction



Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Charles Perrens.

Dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés par l'établissement et de répondre à vos attentes, votre opinion nous intéresse avant votre départ.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le déposer dans la boîte prévue à cet effet ou de le remettre au responsable de l'unité ou encore de le retourner sous enveloppe à l'attention de la Direction.

Vos réponses resteront confidentielles et seront analysées par le service qualité gestion des risques.

Vous avez aussi la possibilité de répondre directement en ligne en scannant ce QR code avec votre téléphone ou votre tablette.



### Est-ce votre 1ère hospitalisation dans l'établissement ?

OUI  NON

Le patient ne souhaite pas remplir le questionnaire

Unité d'hospitalisation : .....

Date de sortie : .....

Lors de votre arrivée, votre hospitalisation s'est faite :

Avec votre consentement  Sans votre consentement

Si vous avez été hospitalisé(e) sans votre consentement, la qualité de l'information qui vous a été délivrée a été :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

Durée de votre hospitalisation :

Moins de 15 jours  1 mois  Plus d'un mois

### Quel est votre avis sur :

#### La qualité des soins en termes de :

*Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant*

Qualité de l'information sur les soins qui vous sont prodigués :

Qualité de l'information concernant le ou les traitements qui vous sont proposés :

Disponibilité des médecins :

#### La qualité de la prise en charge de la douleur :

Avez-vous pu, si besoin, parler de votre douleur?  OUI  NON

La prise en charge de votre douleur, vous a-t-elle parue ?

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

La qualité de la prise en charge du psychologue :  Non concerné

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas du tout satisfaisant

#### La qualité des soins infirmiers en termes de :

*Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant*

Accueil par les soignants :

Disponibilité :

Respect de l'intimité :

Respect de la confidentialité :

Communication et respect de vos droits :

La qualité du service social au niveau de :  Non concerné

*Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant*

L'accueil :

La qualité de l'information :

L'accompagnement dans les démarches :

#### La qualité des lieux en termes de :

*Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant*

Confort des locaux :

Propreté des locaux :

Repérage dans l'établissement :

Accessibilité des locaux :

#### La qualité des prestations hôtelières :

*Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant*

Qualité des repas :

Qualité du service :

Confort des articles de literie (matelas, oreillers) :

Propreté des articles textiles (draps, serviettes de bain) :