

Questionnaire de satisfaction



Médecine – Soins palliatifs

Vous venez d'être hospitalisé au centre hospitalier de CREST. Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Avant votre départ, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce questionnaire (anonyme) qui nous permettra d'améliorer l'accueil, la qualité des services et des soins que nous dispensons.

Lors de votre sortie, nous vous remercions de remettre ce questionnaire au cadre de santé du service ou de le déposer dans l'une des boîtes aux lettres prévues à cet effet (hall d'entrée au bureau des admissions & en haut des escaliers, menant au service des d'hospitalisation). Vous pouvez également l'adresser par la poste à l'attention du Responsable Assurance Qualité de notre établissement.

VEUILLEZ UTILISER LA NOTATION SUIVANTE :

1 = Très insatisfaisant(e) 2 = Insatisfaisant(e) 3 = Satisfaisant(e) 4 = Très satisfaisant(e) NC = Non concerné(e)



Afin de mieux vous connaître

01. Quel est votre âge ? _____ ans
02. Dans quel service avez-vous séjourné ? Médecine Soins palliatifs
03. Est-ce votre premier séjour au centre hospitalier ? Oui Non
04. Combien de temps a duré votre séjour ? _____ jours
05. Quelle personne a rempli le questionnaire ? Le patient Un proche Autre



À votre arrivée

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 06. En ville, vous avez trouvé l'accès à l'établissement : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07. Le stationnement au centre hospitalier vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08. Dans l'établissement, l'accès aux services vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09. La signalétique des différents services vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Votre accueil

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Les modalités d'admission dans l'établissement vous ont-elles paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Le temps d'attente pour votre admission vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quelle est votre impression concernant l'accueil du personnel :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Au bureau des admissions ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Aux urgences ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Dans le service d'hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | OUI | NON | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Les conditions de l'accueil permettent-elles la confidentialité des informations échangées ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Vous-a-ton remis le livret d'accueil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Si oui, avez-vous trouvé les informations utiles et claires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. A votre arrivée dans le service, avez-vous attendu longtemps pour accéder à votre chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Le médecin responsable de votre prise en charge s'est-il présenté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Le personnel soignant (infirmières, aides-soignantes) s'est-il présenté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tournez SVP 



Durant votre séjour

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. L'information reçue sur votre état de santé et/ou intervention a été : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Le nombre de visite du médecin vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. La disponibilité du personnel soignant (écoute, explications,...) vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Le respect de vos droits (liberté de circulation, intimité, dignité,...) vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Vos valeurs culturelles (alimentation, religion,...) ont été respectées de manière : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Le délai de réponse à la sonnette vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. L'accueil par le personnel du bloc opératoire vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | OUI | NON | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29. Votre identité a-t-elle été demandée lors de votre passage au bloc opératoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Votre douleur a-t-elle été prise en charge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Si oui :*
- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. La rapidité avec laquelle le traitement contre la douleur a été délivré vous a semblé : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. L'efficacité du traitement contre la douleur vous a semblé : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- En ce qui concerne les examens complémentaires (radios, traitements lourds,...) avez-vous :*
- | | OUI | NON | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 33. Été prévenu(e) à l'avance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Été informé(e) du motif et/ou du déroulement de l'acte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Donné votre accord ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Été informé(e) des résultats ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. Ces examens se sont déroulés de manière : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Les délais d'attente pour la réalisation de ces examens ont été : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Hôtellerie restauration

- Dans votre chambre, vous avez trouvé :*
- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 39. Le mobilier (fauteuil, lit,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. L'hygiène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Le bruit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. La température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Le service téléphonique/informatique (Wi-Fi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Au niveau de la restauration, qu'avez-vous pensé de :*
- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 44. La qualité des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. La variété des menus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. La quantité des plats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. L'assaisonnement des plats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. La température des plats | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Votre départ

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 49. Comment considérez-vous l'information reçue sur les conditions de sortie (jour, heure, mode de transport, formalités administratives) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Comment considérez-vous l'information reçue sur le traitement et les soins à poursuivre : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. REMARQUES, SUGGESTIONS : | | | | | |