

Questionnaire de satisfaction

Unité de Chirurgie Ambulatoire

Vous venez d'être hospitalisé(e) 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 service ou de le déposer dans l'une des boîtes aux lettres prévues à cet effet (salle d'attente au bureau des entrées & couloirs des services d'hospitalisation). Vous pouvez également l'adresser par la poste au Responsable Qualité de notre établissement.

Afin de mieux vous connaître

01. **Quel est votre âge ?** Moins de 20 ans 20 ~ 40 ans 40 ~ 60 ans 60 ~ 80 ans 80 ~ 100 ans et plus
02. **Est-ce votre premier séjour au Centre Hospitalier ?** Oui Non
03. **Quelle personne a rempli le questionnaire ?** Le patient Un proche Autre

VEUILLEZ UTILISER LA NOTATION SUIVANTE :

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



À votre arrivée

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 04. 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"/> |
| 05. Le stationnement au Centre Hospitalier vous a paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. 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"/> |
| 07. 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 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 08. 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"/> |
| 09. 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 : | | | | | |
| 10. au bureau des entrées : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. dans le service d'hospitalisation : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | OUI | NON | NC | |
| 12. Les conditions de l'accueil permettent-elles la confidentialité des informations échangées ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. À votre arrivée dans le service, avez-vous attendu longtemps pour accéder à votre chambre ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Le médecin responsable de votre prise en charge s'est-t-il présenté ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. 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 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. 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"/> |
| 17. Les visites des médecins vous-ont paru : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 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"/> |
| 19. 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"/> |
| 20. 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"/> |
| 21. 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"/> |
| 22. 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"/> |
| 23. 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 |
| 24. Votre identité a-t-elle été demandée lors de votre passage au bloc opératoire ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Votre douleur a-t-elle été prise en charge ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
| Si oui : | | | | | |
| 26. 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"/> |
| 27. 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"/> |



Hôtellerie restauration

Dans votre chambre, vous avez trouvé :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. le mobilier (fauteuil, lit, ...) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. l'hygiène : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. le bruit : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. la température : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. le service téléphonique : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Votre départ

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | NC |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 33. 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"/> |
| 34. 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"/> |

35. REMARQUES, SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....