

Questionnaire de satisfaction du patient

Votre opinion nous intéresse !

Date de sortie :

Vous avez été hospitalisé au service des : Mouettes Flots Vagues Dunes

Madame, Monsieur,

Votre séjour dans notre établissement se termine. Soucieux d'améliorer nos prestations et vos conditions de séjour au sein de notre établissement, nous vous remercions de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire de sortie. Vous pouvez le déposer dans la boîte aux lettres située à l'accueil. Vos réponses sont anonymes.

La Direction et l'ensemble du personnel

L'arrivée

1. Avez-vous facilement trouvé l'accès à l'établissement ?

Oui Non Arrivée en ambulance

2. Avez-vous apprécié l'accueil administratif ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

3. Avez-vous trouvé les informations souhaitées dans le livret d'accueil ?

Oui Non Livret non lu

Commentaires :

La prise en charge

4. L'information transmise par le personnel médical et non médical vous a-t-elle semblé claire ?

Très claire Claire Peu claire Pas claire

5. Etes-vous satisfait de la rééducation ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait Non concerné

6. Etes-vous satisfait du matériel mis à votre disposition ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait Non concerné

7. Avez-vous apprécié l'équipe soignante par rapport à :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
>>> son accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> sa disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> sa discrétion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> son efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> son amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

La douleur

8. Avez-vous pu parler de votre douleur auprès de l'équipe soignante ?

Oui Non Pas tout à fait Non douloureux

9. Etes-vous satisfait de la prise en compte de votre douleur ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

Commentaires :

L'hébergement et la restauration

10. Avez-vous apprécié ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
>>> votre chambre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> les pièces communes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> l'entretien des locaux _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> le calme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> les prestations (salons, TV...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Comment avez-vous apprécié les repas ?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
>>> le goût _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> la quantité _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> le service en salle de restauration _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Avez-vous suivi un régime ?

Oui Non

13. Si oui, avez-vous rencontré une difficulté pour suivre ce régime ?

Oui Non

Commentaires :

La sortie

14. Vous sentez-vous prêt à sortir ?

Oui Non Pas tout à fait

15. Avez-vous apprécié la préparation de votre sortie ?

Très satisfait Satisfait Pas satisfait Non concerné

16. Etes-vous satisfait des informations délivrées par :

	Très satisfait	Satisfait	Pas satisfait	Non concerné
>>> votre médecin _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> l'équipe soignante _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Et enfin...

17. Etes-vous satisfait des horaires des :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
>>> repas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> coucher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> réveil _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Recommanderiez-vous notre établissement ?

Oui Non Pas tout à fait

19. Quelle note globale attribueriez-vous à notre établissement ?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Commentaires :

Si vous souhaitez obtenir une information, une réponse peut vous être adressée.
Merci de nous préciser l'objet de votre demande et vos coordonnées :

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

