

Questionnaire de satisfaction du patient

Votre opinion nous intéresse !

Date de fin de prise en charge :

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

Avant le début de votre prise en charge, vous étiez :

Hospitalisé à la Villa Notre Dame Hospitalisé dans un autre établissement A domicile

L'arrivée

1. Etes-vous arrivé ?

En ambulance Par vos propres moyens

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

Oui Non

3. Avez-vous facilement trouvé les personnes/le service où vous adresser ?

Oui Non

4. La salle d'attente vous paraît-elle :

	Oui	Non
>>> accessible _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>>> agréable (décor, lecture, nb places...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Lors de votre 1^{er} rendez-vous, votre prise en charge a été :

rapide/immédiate correcte/raisonnable attente longue

6. Et lors de chaque soin :

rapide/immédiate correcte/raisonnable attente longue

7. Avez-vous été bien informé sur les conditions de votre séjour (vos droits et devoirs ainsi que ceux du personnel) ?

Oui Non

Commentaires :

La prise en charge / Les soins

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

Très claire Claire Peu claire Pas claire

9. Avez-vous pu poser toutes les questions que vous souhaitiez ?

Oui Non Pas tout à fait

10. Etes-vous satisfait de la rééducation ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

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

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

12. Avez-vous apprécié :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
>>> l'accueil du personnel _____	<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 organisation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. En cas de modification dans l'organisation des soins, avez-vous été bien informé ?

Oui Non

Commentaires :

La douleur

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

Oui Non Pas tout à fait Non douloureux

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

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

Commentaires :

L'hébergement et la restauration*

** A ne compléter que si vous avez bénéficié d'une chambre et/ou de repas*

16. Votre chambre disposait-elle des équipements nécessaires ?

Oui Non

17. Le personnel a-t-il été à votre écoute ?

Oui Non

18. Les repas correspondaient-ils à vos besoins (régime spécifique) ?

Oui Non

Commentaires :

La sortie

19. Vous sentez-vous prêt à sortir ?

Oui Non Pas tout à fait

20. Recommanderiez-vous notre établissement ?

Oui Non Pas tout à fait

21. 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 :

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

