

Facultatif) Date :
Nom :
Prénom :
Votre âge : + 25 ans - de 25 ans
Service : 1^{er} étage 2^{ème} étage

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Hospitalisation complète

Madame, Monsieur,

Soucieux de la qualité dans notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre séjour.

La réponse à ce questionnaire, anonyme si vous le souhaitez, peut-être déposée à l'accueil, mais elle peut aussi nous être retournée par courrier.

1. Avant votre hospitalisation

Les délais d'attente vous ont-ils semblé raisonnables ? Oui Non

2. Votre arrivée

L'accueil qui vous a été réservé, était-il :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

Au secrétariat d'accueil
Au bureau des entrées
Dans l'unité de soins où
vous avez séjourné.

Etes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait Non concerné

3. Le personnel

Quelle est l'attitude du personnel à votre égard ?

Très aimable Aimable Peu aimable Pas du tout aimable

Secrétariat accueil
Secrétariat admissions
Secrétariat médical
Soignants de jour
Soignants de nuit
Agents de restauration
Agents de nettoyage
Agent de maintenance

Très disponible Disponible Peu disponible Pas du tout disponible

Secrétariat accueil
Secrétariat admissions
Secrétariat médical
Soignants de jour
Soignants de nuit
Agents de restauration
Agents de nettoyage

4. Les conditions de séjour

Le confort de votre chambre vous satisfait-il ?

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

5. L'information

Information sur le fonctionnement de l'établissement (repas, visites, téléphone, courrier...) ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Information transmise par votre équipe de soins ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Information sur votre pathologie ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Information sur les traitements, examens qui vous sont prescrits ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Etes-vous informé des différentes orientations thérapeutiques après votre séjour ?

Oui Non

6. Les soins

Concernant les soins qui vous sont dispensés, êtes-vous ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Par les médecins psychiatres

Par les médecins généralistes

Par les psychologues

Par les IDE, ASD, AMP de jour*

Par les IDE, ASD, AMP de nuit*

En atelier thérapeutique

Par les groupes thérapeutiques

En hydrothérapie

En activité sportive

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat ASD : Aide Soignant(e) diplômé(e) AMP : Aide-Médico-Psychologiqu

L'entretien de votre chambre vous satisfait-il ?

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

Qualité du nettoyage

Respect de vos effets

personnels

Respect de la fréquence du

renouvellement du linge

Les repas, petits-déjeuners, collations qui vous sont servis, sont-

Très satisfaisants Satisfaisants Peu satisfaisants Insatisfaisants

En quantité

En qualité

En température

En présentation

En variété

Avez-vous un régime alimentaire sur prescription ? Oui Non

Si oui, a-t'il été respecté ? Oui Non

7. Votre séjour dans sa globalité

Etes-vous : Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Vos suggestions pour améliorer la qualité de nos prestations :

Nous vous remercions d'avoir consacré un peu de votre temps à remplir ce document nécessaire à l'amélioration constante de nos prestations.
La Directrice