

Questionnaire de satisfaction

Afin d'améliorer la qualité de nos soins et de nos services, votre opinion nous est précieuse. C'est pourquoi, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire de satisfaction, de façon anonyme, en cochant pour chaque question la case correspondant à votre sentiment. Une fois rempli, vous pouvez le remettre au personnel du service ou au secrétariat. Merci par avance de votre participation !

L'ensemble du personnel vous souhaite un prompt rétablissement !

Service :

N° de chambre :

Période d'hospitalisation : du au

 **Très satisfait(e)**
 **Insatisfait(e)**

 **Satisfait(e)**
 **Non concerné(e)**

 **Moyennement satisfait(e)** 

VOTRE ACCUEIL					
La signalisation des locaux	☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil par le personnel des admissions	☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil dans l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐
L'accueil dans les autres services (plateau technique)	☐	☐	☐	☐	☐
Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?	☐ Oui		☐ Non		
Connaissez-vous l'identité du médecin assurant votre prise en charge	☐ Oui		☐ Non		

PENDANT VOTRE SÉJOUR					
Qualité de la prise en charge par le médecin	☐	☐	☐	☐	
Qualité de la prise en charge par le soignant	☐	☐	☐	☐	
Qualité de la prise en charge par les rééducateurs	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité des soins par l'équipe de jour	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité des soins par l'équipe de nuit	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité de la relation avec le médecin (disponibilité, écoute, amabilité)	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité de la relation avec le soignant (disponibilité, écoute, amabilité)	☐	☐	☐	☐	☐
Respect de votre intimité dans les conditions d'hébergement	☐	☐	☐	☐	☐
Respect de votre intimité dans les pratiques professionnelles	☐	☐	☐	☐	☐
Parmi tous les soins dont vous avez bénéficié, avez-vous noté une ou plusieurs particularités ayant créé chez vous un inconfort ?	☐ Oui		☐ Non		
Précisez :					

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous pu parler avec l'équipe de votre douleur ?

☐ Oui

☐ Non

Un traitement vous a-t-il été administré rapidement ?

☐ Oui

☐ Non

Soulagement de votre douleur

☒

☐

☐

☐

☐

L'INFORMATION

Informations fournies à l'admission

☐

☐

☐

☐

☐

Informations fournies par le médecin sur votre état de santé

☐

☐

☐

☐

☐

Informations fournies par l'équipe soignante

☐

☐

☐

☐

☐

Informations fournies à votre entourage

☐

☐

☐

☐

☐

L'HOTELLERIE

Confort de votre chambre

☐

☐

☐

☐

☐

Entretien de votre chambre

☐

☐

☐

☐

☐

Services proposés (TV, internet)

☐

☐

☐

☐

☐

Qualité des repas

☐

☐

☐

☐

☐

Variété des repas

☐

☐

☐

☐

☐

Choix des repas

☐

☐

☐

☐

☐

Quantité de repas

☐

☐

☐

☐

☐

Avez-vous été incommodé par le bruit, pendant la journée ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous été incommodé par le bruit, pendant la nuit ?

☐ Oui

☐ Non

ACTIVITES

Vous a-t-on proposé des activités autres que les soins ?

☐ Oui

☐ Non

Précisez :

VOTRE SORTIE

L'organisation de votre sortie

☐

☐

☐

☐

☐

L'information donnée pour assurer la continuité de vos soins
(soins à domicile, prochains rendez-vous, régime...)

☐

☐

☐

☐

☐

L'information donnée sur les médicaments à prendre à la sortie

☐

☐

☐

☐

☐

Entourez la note correspondant le mieux à votre prise en charge pendant votre séjour :

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

Recommanderiez-vous l'établissement à un proche, à une connaissance ?

☐ Oui

☐ Non

Vos commentaires et suggestions :

Questionnaire de satisfaction patients - Màj Février 2025 - 666 51000

votre avis nous intéresse



Questionnaire de satisfaction



Finess : 970 302 071 • Code APE : 8610 Z • Siret : 440 624 716 00013

Finess : 970 302 055 • Code APE : 8610 Z • Siret : 489 507 806 00011

Finess : 970 305 124 • Code APE : 8610 Z • Siret : 789 951 456 00019