

Questionnaire de satisfaction

RESTITUTION
Date du recueil :/...../.....

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 !

Service : ☐ SMR ☐ USLD ☐ MEDECINE ☐ EHPAD **N° de chambre :**

Période d'hospitalisation : du/...../..... au/...../.....

 **Très satisfait(e)** 
Non concerné(e)

 **Satisfait(e)**

Moyennement satisfait(e) 

Insatisfait(e)

PETIT-DEJEUNER					
Quel est votre niveau de satisfaction sur :					
La présentation du plateau de petit-déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité gustative des produits servis	☐	☐	☐	☐	☐
La diversité des produits servis	☐	☐	☐	☐	☐
La quantité de boissons proposées	☐	☐	☐	☐	☐
La température des boissons proposées	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité et la propreté de la vaisselle	☐	☐	☐	☐	☐
Les horaires de service du petit-déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐
Le temps accordé pour le petit-déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐

DEJEUNER					
Quel est votre niveau de satisfaction sur :					
La présentation du plateau du déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité gustative des produits servis	☐	☐	☐	☐	☐
La diversité des produits servis	☐	☐	☐	☐	☐
La quantité de repas servis	☐	☐	☐	☐	☐
La température des repas servis	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité et la propreté de la vaisselle	☐	☐	☐	☐	☐
Les horaires de service du déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐
Le temps accordé pour le déjeuner	☐	☐	☐	☐	☐

DINER					
Quel est votre niveau de satisfaction sur :					
La présentation du plateau du dîner	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité gustative des produits servis	☐	☐	☐	☐	☐
La diversité des produits servis	☐	☐	☐	☐	☐
La quantité de boissons proposées	☐	☐	☐	☐	☐
La température des boissons proposées	☐	☐	☐	☐	☐
La qualité et la propreté de la vaisselle	☐	☐	☐	☐	☐
Les horaires de service du dîner	☐	☐	☐	☐	☐

Le temps accordé pour le dîner	☐	☐	☐	☐	☐
EVALUATION GLOBALE					
Avez-vous pu prendre connaissance des menus et des éventuels choix à votre disposition ?	☐ Oui	☐ Non			
Avez-vous une alimentation thérapeutique (régime particulier, contenu, texture modifiée, ...)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas		
Si OUI, le protocole a-t-il été respecté ?	☐ Oui	☐ Non			
Avez-vous pu préciser vos habitudes et vos croyances alimentaires ?	☐ Oui	☐ Non			
Si OUI, ont-elles été respectées ?	☐ Oui	☐ Non			
Aviez-vous besoin d'aide pour vous alimenter ?	☐ Oui	☐ Non			
Si OUI, avez-vous reçu l'aide nécessaire pour vous alimenter ?	☐ Oui	☐ Non			

Globalement, quel est votre niveau de satisfaction sur les repas servis à l'hôpital :



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

Vos commentaires et suggestions :