Questionnaire de satisfaction

Merci de prendre quelques minutes afin de répondre à ce questionnaire de satisfaction, nous prendrons en compte vos remarques afin d'améliorer la qualité de nos prestations.

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très Insatisfaisant
VOTRE ACCUEIL				
La signalétique de l'hôpital	❒	❒	❒	❒
Amabilité et disponibilité à l'accueil	❒	❒	❒	❒
L'accueil dans votre service	❒	❒	❒	❒
VOTRE PRISE EN CHARGE				
Informations relatives à votre séjour	❒	❒	❒	❒
La clarté des informations concernant votre santé	❒	❒	❒	❒
L'écoute et la disponibilité des professionnels	❒	❒	❒	❒
Identifications des professionnels (fonctions)	❒	❒	❒	❒
La prise en charge de votre douleur	❒	❒	❒	❒
Le respect de l'intimité et de la dignité	❒	❒	❒	❒
L'ENVIRONNEMENT				
Propreté des locaux	❒	❒	❒	❒
Propreté du linge	❒	❒	❒	❒
Confort de votre chambre (lit, salle de bain, …)	❒	❒	❒	❒
Calme dans le service	❒	❒	❒	❒
Services proposés (TV, Téléphone, Activité, Culte…)	❒	❒	❒	❒
LA RESTAURATION				
Les horaires des repas	❒	❒	❒	❒
La diversité des repas	❒	❒	❒	❒
Le respect du régime	❒	❒	❒	❒
La qualité des plats (goûts, ..)	❒	❒	❒	❒
La quantité « dans l'assiette »	❒	❒	❒	❒
La température des plats	❒	❒	❒	❒
VOTRE SORTIE				
L'organisation de votre sortie	❒	❒	❒	❒
Clarté des informations pour votre sortie	❒	❒	❒	❒

Satisfaction globale de votre séjour *(Entourer la note que vous souhaitez)*

1	***2***	***3***	***4***
Très Satisfaisant	→	→	***Très Insatisfaisant***

COMMENTAIRES ET REMARQUES

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

Souhaitez vous une réponse à vos commentaires par courrier : OUI NON

Si OUI, merci de bien vouloir préciser vos coordonnées ci-dessous :

Nom :..... Prénom :.....

Service : *Médecine* *SSR Ste Anne* *SSR Notre Dame/ USSA*

N° de chambre : ..... Date de sortie : .....

Adresse : .....
.....
.....

Ce questionnaire est à remettre à un membre de l'équipe de votre service.
Nous vous remercions d'avoir pris le temps d'y répondre

☺