

Questionnaire de satisfaction



Date de sortie :

___ / ___ / _____

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de prendre quelques instants afin de remplir ce questionnaire. Vous pourrez le déposer auprès du secrétariat médical, dans les services ou au Bureau des Admissions au moment des formalités de sortie. Vous pourrez également l'adresser par courrier à la Direction Qualité de l'établissement. Ce document sera traité par le Service Qualité et la Commission des Relations avec les Usagers. Vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer nos pratiques et ainsi de mieux répondre à vos attentes.

Le Directeur du Centre Hospitalier de BAZAS

Consignes de remplissage : merci de cocher vos réponses à l'aide d'un stylo en suivant l'exemple ci-contre :

Généralités

Votre hospitalisation au Centre Hospitalier de BAZAS était : Programmée Non programmée

Votre période d'hospitalisation : 1er trimestre (janvier à mars) 2ème trimestre (avril à juin)
 3ème trimestre (juillet à septembre) 4ème trimestre (octobre à décembre)

Votre service d'hospitalisation : Médecine S.S.R n°1 S.S.R. n°2

Votre accueil

Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli vous ont paru :

	Excellentes	Bonnes	Moyennes	Mauvaises
Lors des formalités administratives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le service d'hospitalisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dans les autres services (radiologie ...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La personne qui vous a accueilli dans le service s'est elle présentée ? Oui Non

Vous a-t-on remis le livret d'accueil ? Oui Non

Vos remarques :

Vos soins

La qualité des soins vous a paru :

	Excellente	Bonne	Moyenne	Mauvaise
De jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La disponibilité du personnel vous a paru :

	Excellente	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La prise en charge de votre douleur

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

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

Le soulagement de votre douleur a-t-il été ? Excellent Bon Moyen Mauvais

Votre information

Connaissez-vous l'identité du médecin hospitalier ayant assuré votre prise en charge ? Oui Non

Les informations données :

	Satisfaisantes	Insatisfaisantes	Aucune information donnée
Par les médecins ont été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par l'équipe soignante ont été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le personnel administratif ont été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos relations

Les contacts:

	Excellents	Bons	Moyens	Mauvais
Avec les médecins ont été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel soignant ont été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel administratif ont été :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre confort

Comment avez-vous jugé les points suivants :

	Excellent	Bon	Moyen	Mauvais	Non concerné
Les conditions hôtelières offertes	<input type="checkbox"/>				
La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>				
Les éventuelles nuisances sonores	<input type="checkbox"/>				
Le service téléphonique	<input type="checkbox"/>				
Le service télévision	<input type="checkbox"/>				
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>				
La quantité des repas	<input type="checkbox"/>				
Les horaires des repas	<input type="checkbox"/>				
La prise en compte de vos goûts	<input type="checkbox"/>				

L'organisation de votre sortie

Vous a-t-on informé suffisamment tôt de la date et heure de votre sortie d'hospitalisation ? Oui Non

Avez-vous été suffisamment informé sur :

	OUI	NON	Non concerné
Votre prise en charge thérapeutique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les activités que vous devez pratiquer ou non après votre sortie (travail, jardinage, sport...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formalités administratives de sortie vous ont-elles parues rapides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appréciation globale du séjour

Au moment de quitter l'établissement, quelle est votre impression générale sur votre séjour ? Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

Recommanderiez-vous le Centre Hospitalier de Bazas à vos proches ? Oui Non Ne sait pas

Observations et suggestions

Si vous souhaitez laisser vos coordonnées :
