



# Questionnaire de satisfaction du patient

Votre avis nous fait progresser !

Pour veiller à l'amélioration continue de votre accueil et à la qualité de nos prestations, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire. Vous pouvez déposer votre questionnaire dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet dans chaque service et au rez-de-chaussée du bâtiment C ou l'adresser au : *Centre Hospitalier de St Marcellin, 1 avenue Félix Faure - BP 8 - 38160 St Marcellin.*

La direction et l'ensemble du personnel vous remercient pour votre aimable participation.

## RENSEIGNEMENTS

Date du séjour : .....

Nom et prénom (facultatif) : .....  Usager  Famille ou entourage

Service (à remplir obligatoirement) : .....

N° de chambre (à remplir obligatoirement si problème technique par exemple) : .....

Mail (facultatif) : .....

## Qualité de l'accueil et des relations

Avez-vous été satisfait par,

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| L'accueil du personnel administratif à votre arrivée (Bureau de Gestion de la Clientèle) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'accueil du personnel soignant à votre arrivée dans le service                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'information sur l'identité et la fonction des personnes intervenant auprès de vous     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les explications sur le déroulement de votre séjour                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les informations disponibles dans le livret d'accueil                                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## Votre attente

Les délais d'attente,

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |                          |                          |
| Au Bureau de Gestion de la Clientèle                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au service des consultations (si vous y avez eu recours) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Vos soins

Avez-vous été satisfait par,

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| La disponibilité du personnel soignant | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les soins reçus du personnel soignant  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La disponibilité du personnel médical  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les soins reçus du personnel médical   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Votre douleur (physique et/ou psychique) a-t-elle été prise en compte ?

- |                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Si oui a-t-elle été soulagée ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|

## Vos droits

Le livret d'accueil du patient vous a-t-il été remis ?  oui  non

Avez-vous été satisfait par,




- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| L'information sur votre état de santé   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'information sur vos traitements   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'information sur vos soins   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'information sur vos examens   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Votre information sur les bénéfices / risques de votre prise en charge médicale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## Vos droits (suite)

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Vous a-t-on demandé votre accord pour les soins                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous été informé de la possibilité de confier vos directives anticipées  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les conditions d'intimité ont-elles été respectées                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le respect de la confidentialité a-t-il été respecté                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Vos contraintes familiales ont-elles été prises en compte                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## Le séjour

### Que pensez-vous de la **chambre**

- |   |  |  |  |
|---|---|---|---|
| La propreté                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Les commodités (téléphonie, télévision, wifi) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La température                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La literie                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Les horaires de visite                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

### Que pensez-vous des **repas**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La qualité  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La quantité   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La variété  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La température  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en compte de vos régimes alimentaires, goûts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les horaires de service                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Que pensez-vous du **linge**

- |                            |                          |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La propreté                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La quantité                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La fréquence de changement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Votre sortie

### Avez-vous été satisfait par la préparation de votre sortie :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Indications sur la date et l'heure de sortie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Organisation du transport                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Explications des différentes ordonnances     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Plan d'aide : humain et matériel             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si non, pourquoi : .....

## Votre satisfaction globale

Si vous étiez obligé à nouveau de recourir à une structure hospitalière, reviendriez-vous dans notre établissement ?

oui  non

Dans l'ensemble êtes-vous :

- Très satisfait  Satisfait  Assez satisfait  Mécontent  Très mécontent



Si vous avez des **commentaires, des observations, des suggestions à faire**, vous pouvez les noter ci- dessous :

.....

.....

.....

Merci également de nous faire part de toutes **suggestions d'amélioration au niveau de ce questionnaire** :

.....

.....