

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

des patients et de leur entourage

(VERSION AMBULATOIRE)

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, votre avis sur votre séjour nous intéresse. Nous vous remercions de votre collaboration. Vos réponses seront systématiquement exploitées, de façon anonyme.

Service : dialyse chirurgie pédiatrie maternité médecine bilan
 médecine traitement

Sexe : homme femme **Année de naissance :**

Date de sortie d'hospitalisation :

1. Avez-vous subi une anesthésie générale ? Oui non

Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?

Merci de cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction.

Si vous n'êtes pas concerné par la question, vous pouvez cocher la case Non concerné.

| | Très satisfait  | Assez satisfait  | Peu satisfait  | Pas du tout satisfait  | Non concerné |
|---|---|--|--|--|--------------------------|
| La programmation de votre journée | | | | | |
| ■ La qualité des informations concernant la prise en charge | | | | | |
| 2. Les informations sur l'heure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Les informations sur le lieu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La préparation (prescriptions médicamenteuses, consignes d'hygiène, régime...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil dans l'établissement | | | | | |
| 5. L'accueil téléphonique de l'hôpital (amabilité, attente...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. L'accès à l'hôpital (signalisation, transport, parking...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La signalisation dans l'hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Les conditions d'accueil de votre accompagnant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les relations et les soins | | | | | |
| ■ Avec les médecins | | | | | |
| 9. La disponibilité des médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. La clarté des explications médicales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Avec les soignants | | | | | |
| 11. La disponibilité et l'attention du personnel soignant à votre égard | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. L'information sur le déroulement des soins et des examens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?

Merci de cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction.

Si vous n'êtes pas concerné par la question, vous pouvez cocher la case Non concerné.

■ Votre prise en charge

- 13. La qualité des soins apportés pour soulager votre douleur
- 14. Le respect de votre intimité, de votre dignité et de vos croyances
- 15. Le respect de la confidentialité des informations échangées
- 16. L'organisation de votre prise en charge

Votre séjour

■ Les locaux de votre prise en charge

- 17. La propreté des locaux et des sanitaires
- 18. Le confort
- 19. La qualité du linge fourni

■ Les prestations

- 20. La qualité de la collation ou du repas
- 21. La boutique
- 22. Les prestations de confort (téléphone, télévision, WIFI...)
- 23. Les autres prestations spécifiques (onco-esthéticienne, psychomotricienne, ergothérapeute...)

Votre sortie

- 24. Le salon de sortie
- 25. Les formalités de sortie
- 26. La clarté des explications données sur les consignes à suivre à votre domicile

Votre appréciation d'ensemble

- 27. La qualité des soins que vous avez reçus
- 28. Votre opinion d'ensemble sur votre séjour

Très satisfait



Assez satisfait



Peu satisfait



Pas du tout satisfait



Non concerné

| | Très satisfait | Assez satisfait | Peu satisfait | Pas du tout satisfait | Non concerné |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. La qualité des soins apportés pour soulager votre douleur | <input type="checkbox"/> |
| 14. Le respect de votre intimité, de votre dignité et de vos croyances | <input type="checkbox"/> |
| 15. Le respect de la confidentialité des informations échangées | <input type="checkbox"/> |
| 16. L'organisation de votre prise en charge | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. La propreté des locaux et des sanitaires | <input type="checkbox"/> |
| 18. Le confort | <input type="checkbox"/> |
| 19. La qualité du linge fourni | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. La qualité de la collation ou du repas | <input type="checkbox"/> |
| 21. La boutique | <input type="checkbox"/> |
| 22. Les prestations de confort (téléphone, télévision, WIFI...) | <input type="checkbox"/> |
| 23. Les autres prestations spécifiques (onco-esthéticienne, psychomotricienne, ergothérapeute...) | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Le salon de sortie | <input type="checkbox"/> |
| 25. Les formalités de sortie | <input type="checkbox"/> |
| 26. La clarté des explications données sur les consignes à suivre à votre domicile | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. La qualité des soins que vous avez reçus | <input type="checkbox"/> |
| 28. Votre opinion d'ensemble sur votre séjour | <input type="checkbox"/> |

Vos remarques et suggestions :

Merci de nous retourner le questionnaire par le moyen de votre choix :

- En le déposant dans une boîte à lettre située à la sortie de l'unité (CHIVA)
- En le remettant au cadre de santé ou à un soignant
- En le déposant au bureau des entrées
- Ou en nous l'adressant par courrier : Direction qualité – centre hospitalier du val d'Ariège – BP 90064 – 09017 FOIX cedex