

Questionnaire de satisfaction

Appréciation pendant et/ou à l'issue de votre séjour

SERVICE D'HOSPITALISATION :

DATE DE FIN D'HOSPITALISATION :/...../.....

Nom et Prénom (facultatif) :

	Très Satisfait(e)	Satisfaisait(e)	Peu satisfait(e)	Insatisfait (e)
ACCUEIL : Avez-vous été satisfaite(e) ?				
- De l'accompagnement administratif et social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'accueil dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

	Très Satisfait(e)	Satisfaisait(e)	Peu satisfait(e)	Insatisfait (e)
INFORMATION ET SOINS : Avez-vous été satisfait(e) ?				
- Des explications données par le médecin sur votre état de santé et votre traitement (Dosage, horaires, effets indésirables,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des informations ou renseignements donnés par le personnel soignant du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la disponibilité du personnel du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'information sur vos droits (Désigner votre personne de confiance, une personne à prévenir,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEJOUR : Avez-vous été satisfait(e) ?				
- Des précautions prises par le personnel pour respecter votre dignité et votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des activités proposées (Médiations diverses, musicothérapie, ergothérapie,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du mobilier de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la qualité et variété de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la qualité du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la cafétéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'organisation des visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des règles de vie du service (accès téléphone,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPRECIATION D'ENSEMBLE :

- | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous été satisfait(e) de votre séjour ? | | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été associé (e) à l'élaboration de votre projet de sortie ? | | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Estimez-vous avoir été acteur dans votre prise en charge ? | | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

SUGGESTION OU PRECISION