

Questionnaire de satisfaction

Dans le but d'améliorer la qualité des soins et de répondre à vos attentes, votre opinion nous intéresse.





Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le remettre au responsable ou à la secrétaire de l'unité, ou de nous le retourner sous enveloppe à l'attention de la Direction. Vos réponses resteront confidentielles.

Date : _____ Unité d'hospitalisation : _____

Nom* : _____ *Facultatif

QUEL EST VOTRE AVIS SUR :

LA QUALITÉ DES LIEUX EN TERME DE :

				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Signalétique, orientation dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité à l'intérieur des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITÉ DE L'INFORMATION SUR :

Votre modalité d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le(s) traitement(s) qui vous sont proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation de votre sortie et parcours de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS :

Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité des équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de vos droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE :

Par le(s) médecin(s) psychiatre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le(s) médecin(s) généraliste(s) de l'EPSEASME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le personnel paramédical (Infirmiers, Aides-soignants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA QUALITÉ DE :

				
Vos soins réalisés par le(s) médecin(s) généraliste(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIRIEZ-VOUS ...

Que les équipes médicales et soignantes ont été bienveillante à votre égard ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LA QUALITÉ DU SERVICE SOCIAL, AU NIVEAU DE :

L'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement dans les démarches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement lors de votre sortie et de votre continuité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES REPAS, EN TERME DE :

Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène et confort du lieu de prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVEZ-VOUS PARTICIPÉ À DES ACTIVITÉS ? (SPORTIVES, CULTURELLES, ARTISTIQUES...)

OUI NON

SI OUI, QUEL EST VOTRE AVIS SUR LA QUALITÉ DES ACTIVITÉS PROPOSÉES

				
En individuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUATION GLOBALE DE LA QUALITÉ DES SOINS

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

Avez-vous des remarques particulières?

Nous vous remercions de votre aide et de votre participation.