

IDENTIFICATION DU PATIENT

1- Nom du service

2- Age

3- Date de sortie

ACCUEIL

4- Vous êtes entré par ?

Les urgences

☐

Les admissions

☐

Les consultations

☐

5- Le livret d'accueil et la charte du patient vous ont-ils été remis ?

Oui ☐

Non ☐

Avez-vous reçu les informations nécessaires sur :

	Oui	Non	NA
6. La personne à prévenir	☐	☐	☐
7. La personne de confiance	☐	☐	☐
8. Les directives anticipées	☐	☐	☐

Quel est votre degré de satisfaction général de l'accueil ?

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
9. A l'entrée	☐	☐	☐	☐
10. Dans le service d'hospitalisation	☐	☐	☐	☐

DEROULEMENT DU SEJOUR

11- Les professionnels de santé se sont-ils présentés à vous durant votre séjour ?

Oui ☐

Non ☐

12- Avez-vous reçu une information claire sur l'ensemble des traitements et actes réalisés durant votre séjour ?

Oui ☐

Non ☐

13- Avez-vous participé vous et/ou votre entourage aux choix de vos traitements ?

Oui ☐

Non ☐

14- Estimez-vous que les délais d'attente durant votre prise en charge ont été acceptables ? (Consultations, examens...)

Oui ☐

Non ☐

15- Avez-vous exprimé votre consentement ?

Oui ☐

Non ☐

16- Avez-vous participé à la prise en charge de votre douleur ?

Oui ☐

Non ☐

17- Etes-vous satisfaits de la prise en charge de votre douleur ?

Oui ☐

Non ☐

A-t-on respecté :

	Oui	Non	NA
18. Vos volontés ?	☐	☐	☐
19. Vos croyances ?	☐	☐	☐
20. Votre dignité ?	☐	☐	☐
21. Votre intimité ?	☐	☐	☐

22- Votre prise en charge s'est-elle déroulée dans le respect de la confidentialité ?

Oui ☐

Non ☐

SORTIE DE L'ETABLISSEMENT

23- Avez-vous été associée (vous et/ou votre entourage) à l'organisation de votre sortie ?

Oui ☐

Non ☐

24- Avez-vous reçu les informations suffisantes pour assurer la continuité des soins après votre sortie ?

Oui ☐

Non ☐

CONDITIONS GENERALES D'HOTELLERIE

Etes-vous satisfait :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
25- De la propreté des locaux ?	☐	☐	☐	☐
26. Des repas et collations ?	☐	☐	☐	☐
27- Etes-vous satisfait du fonctionnement du téléphone et de la télévision dans votre chambre ?	Oui ☐	Non ☐	NA ☐	

AUTRES

28- Dans l'ensemble, recommanderiez-vous notre établissement ?

Oui ☐

Non ☐

29- Commentaires/suggestions :



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

MERCI DE VOTRE
PARTICIPATION



Que pensez-vous de votre
Hôpital ?