



Enquête de satisfaction

Référence : EN.DAG.AQ.008

Version : 002

Mise à jour : 13/02/12

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous, votre enfant, ou un proche avez été hospitalisé(e) dans notre établissement.

Cette enquête vous est proposée afin d'améliorer la qualité de prise en charge effectuée par les différents services au cours de votre séjour.

Ce questionnaire est principalement destiné à la personne hospitalisée mais, si vous êtes un proche ou un parent, certaines questions peuvent vous concerner.

VOTRE ACCUEIL A L'ARRIVEE (OU L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT OU PROCHE)

Etes-vous satisfait(e) de la signalisation des locaux et des services ?

Etes-vous satisfait(e) de votre accueil par le service administratif ?

Etes-vous satisfait(e) de votre accueil par le(s) service(s) de soins ?

VOTRE INFORMATION MEDICALE ET VOS DROITS

Etes-vous satisfait(e) de la clarté des informations données :

- sur votre état de santé

- sur les avantages et les inconvénients des examens et traitements proposés

- par le chirurgien ou l'anesthésiste en réponse à vos questions

- sur les complications possibles en cas d'intervention

(opération, endoscopie, fibroscopie, ponction, radio avec injection, artériographie, ...)

- sur le déroulement des soins et examens effectués

- sur vos droits

- sur votre retour à domicile ou votre transfert

Vous a-t-on donné satisfaction :

- lorsque vous ou vos proches avez souhaité rencontrer un médecin

- lors de la demande de votre consentement (pour les traitements et examens prescrits)

- sur le respect de la confidentialité des informations pendant votre séjour

LES SOINS PENDANT VOTRE SEJOUR

L'identification de la fonction des intervenants à votre chevet est-elle satisfaisante ?

Durant votre séjour, le personnel vous a-t-il donné satisfaction en étant :

- à votre écoute

- soucieux de vous informer

- respectueux vis-à-vis de votre dignité, votre intimité

- respectueux vis-à-vis de vos croyances

En cas de douleur, la prise en charge a-t-elle été satisfaisante ?

Etes-vous satisfait(e) de l'amabilité de l'équipe médicale (médecins) ?

de l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, ...) ?

du personnel administratif (secrétariat médical) ?

Vous a-t-on donné satisfaction pour toute demande d'aide concernant les activités de la vie courante (comme vous laver, vous habiller, manger ...) ?

Etes-vous satisfait(e) du délai de réponse à vos demandes d'aide en urgence ?

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) des soins que vous avez reçus ?

Très satisfaisant

Satisfaisant

Peu satisfaisant

Insuffisant

Non concerné



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC



NC

LES SOINS SPECIFIQUES

Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge par les kinésithérapeutes ou ergothérapeutes ?
 par les assistants sociaux ?
 par les diététiciens ?
 par les psychologues ?

				NC
				NC
				NC
				NC

LES SOINS EN DEHORS DU SERVICE

Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge par le personnel si vous avez été admis(e) :
 - dans le service des urgences
 - au bloc opératoire
 - en imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM)

				NC
				NC
				NC

LES PRESTATIONS, LA CHAMBRE

Etes-vous satisfait(e) de la qualité des repas ?
 de la variété des plats proposés ?
 des horaires de distribution des repas ?
 de la propreté de la chambre ?
 du confort de la chambre ?
 de l'ambiance du service (calme, température...) ?
 du téléphone ?
 de la télévision ?

				NC
				NC
				NC
				NC
				NC
				NC
				NC
				NC

LA SORTIE

Etes-vous satisfait(e) de l'information qui vous a été donnée sur :
 - les médicaments prescrits à votre sortie
 - les signes ou complications devant amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin
 - la reprise de vos activités après la sortie (travail, sport...)

				NC
				NC
				NC

OPINION D'ENSEMBLE SUR LE SEJOUR

Etes-vous satisfait(e) de l'ensemble du séjour ?
 Si vous deviez être à nouveau hospitalisé, préféreriez-vous notre établissement ?
 Recommanderiez-vous l'hôpital à vos proches ?

OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION

Service(s) fréquenté(s) :	Date de sortie : _____
Questionnaire rempli par : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Proche (parent) <input type="checkbox"/> avec l'aide d'un soignant	
Nom & Prénom (facultatif) :	Votre âge : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse (facultative) pour éventuellement vous répondre :	
VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS :	

**Laissez le questionnaire soit dans votre chambre, soit à l'accueil, ou envoyez-le par courrier à l'adresse suivante :
 Monsieur le Directeur - Centre hospitalier d'Arles - BP 80195 - 13637 ARLES Cedex**