



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Cher patient, Cher usager,

Merci de répondre à ce questionnaire pour nous aider à améliorer la qualité de nos prestations. Faites nous part de votre appréciation en déposant, avant votre départ ce questionnaire dans la boîte située à l'entrée du service, ou dans le hall de l'établissement.

Le Directeur.

### ACCUEIL

Etes-vous satisfait(e) :

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Insatisfait</i>	<i>Très insatisfait</i>	<i>Non concerné</i>
- de l'accueil réalisé par le service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'accueil réalisé aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'accueil réalisé en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'accueil réalisé à la radiologie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'accueil réalisé au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'accueil réalisé à l'Unité de Soins Continus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions :

.....  
.....  
.....

### DROITS ET INFORMATION

Etes-vous satisfait(e) :

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Insatisfait</i>	<i>Très insatisfait</i>	<i>Non concerné</i>
- de l'information sur les formalités et frais de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des explications sur les soins et les examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des explications sur votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des explications sur votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du respect de la confidentialité des informations vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'information sur la désignation d'une personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des modalités de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez vous reçu le livret d'accueil ?

Oui

Non

Suggestions :

.....  
.....  
.....

## SOINS / PRISE EN CHARGE

Etes-vous satisfait(e) :

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Insatisfait</i>	<i>Très insatisfait</i>	<i>Non concerné</i>
- de la qualité des soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des soins de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des horaires des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la disponibilité des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des relations avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des relations avec l'équipe médicale (médecins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'aide apportée pour les activités de la vie courante (s'habiller, se laver, manger...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des conditions de vos déplacements en interne (vers le bloc, une consultation ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge en radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge à l'Unité de Soins Continus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge par l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des soins de nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions :

.....  
.....

## HOTELLERIE

Etes-vous satisfait(e) :

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Insatisfait</i>	<i>Très insatisfait</i>	<i>Non concerné</i>
- du confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'environnement sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prestation télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions :

.....  
.....

## EN GÉNÉRAL

Quelle est votre appréciation globale sur votre séjour ?

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Insatisfait</i>	<i>Très insatisfait</i>	<i>Non concerné</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Service d'hospitalisation : .....

Mois du séjour : .....

Nom Prénom (facultatif) : .....

Age :  Moins de 18 ans  18-40 ans  41-75 ans  Plus de 75 ans

Si vous avez une réclamation à faire au cours de votre séjour, vous pouvez l'adresser au Directeur, ou demander à être reçu par un des membres de la Commissions des Usagers : Hôtel-Dieu – Rue Roger Signor – BP 43083 – 29120 Pont-l'Abbé – Téléphone : 02.98.82.40.10 – Courriel : [cdu@hotel-dieu.hstv.fr](mailto:cdu@hotel-dieu.hstv.fr)

Si vous souhaitez accéder à votre dossier médical, veuillez prendre contact avec la Direction.