

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT HOSPITALISE HOPITAL DE JOUR

Madame, Monsieur

Votre hospitalisation au Centre Hospitalier Ouest Réunion se termine

L'ensemble du personnel vous souhaite un prompt rétablissement

Engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, vos appréciations sur votre prise en charge et votre séjour sont essentielles. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et le remettre à un membre du personnel ou dans la boîte aux lettres que vous trouverez dans le service .



La Direction

## RENSEIGNEMENTS

- Est-ce la première fois que vous êtes hospitalisé(e) dans cet hôpital de jour?**  Oui  Non
- Où avez-vous été installé(e) pour l'examen ou le traitement?**  Lit  Fauteuil
- Avez-vous bénéficié d'une chambre individuelle lors de votre venue?**  Oui  Non
- Dans quelle catégorie peut-on classer l'examen ou le traitement dont vous avez bénéficié?**
- |                                                              |                                               |                                                             |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergologie                        | <input type="checkbox"/> Bilan de pneumologie | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie                     |
| <input type="checkbox"/> Bilan de pré-chirurgie bariatrique  | <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel | <input type="checkbox"/> Traitement de la douleur (Q TENZA) |
| <input type="checkbox"/> Bilan de post-chirurgie bariatrique | <input type="checkbox"/> Fer injectable       | <input type="checkbox"/> Transfusion                        |
| <input type="checkbox"/> Bilan de gériatrie                  | <input type="checkbox"/> Remicade             | <input type="checkbox"/> Ne sais pas                        |
| <input type="checkbox"/> Bilan de médecine                   | <input type="checkbox"/> Orenca               | <input type="checkbox"/> Autre                              |
| <input type="checkbox"/> Bilan de mémoire                    | <input type="checkbox"/> Autre biothérapie    |                                                             |



## AVANT L'HOSPITALISATION DE JOUR

	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
Information sur les modalités administratives (document à emmener...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur le déroulement de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact lors de la prise d rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LE JOUR DE L'HOSPITALISATION DE JOUR

	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
Accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort et entretien des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information en cas de retard de l'examen ou du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'heure du traitement ou de l'examen prévu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge des effets secondaires liés au traitement	<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"/>
Repas ou collation servi(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations fournies aux accompagnants / proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :



## CONDITIONS DE SORTIE

	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
Informations post traitement (médicaments, soins infirmiers...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations sur les effets secondaires dus au traitement ou aux examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SATISFACTION GLOBALE

<b>Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge?</b>	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Accepteriez-vous d'être ré hospitalisé(e) en hôpital de jour?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

## REMARQUES

Quelles remarques, suggestions souhaiteriez-vous porter à la connaissance de la Direction de l'établissement?

---



---



---



---



---

### **A l'attention du patient:**

Si vous souhaitez une réponse personnalisée concernant les remarques apportées, nous vous invitons à laisser votre nom, prénom et vos coordonnées téléphoniques.

**Cette partie du questionnaire ne sera pas conservée informatiquement** afin de préserver votre anonymat si vous y renseignez votre identité.

Nom/Prénom:.....

Numéro de téléphone:.....

Ce questionnaire renseigné est à remettre à la Direction Qualité (en évitant les plis).

### **Nous vous remercions de nous informer sur:**

Date de remise du questionnaire au patient:...../...../.....

**La Direction Qualité  
Centre Hospitalier Ouest Réunion**

