

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HORS HOSPITALISATION

Madame, Monsieur

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire part de vos appréciations sur votre prise en charge et/ou votre séjour afin que nous puissions nous améliorer.

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement. Merci de le remettre à un membre du personnel.

La Direction



SERVICE - Secteur de passage

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> CEPS | <input type="checkbox"/> Consultation gériatrique | <input type="checkbox"/> Maison des adolescents | <input type="checkbox"/> Plateau ambulatoire | <input type="checkbox"/> ZSTCD/ Surveillance Polyvalente |
| <input type="checkbox"/> Consultation douleur | <input type="checkbox"/> Elsa | <input type="checkbox"/> PASS / CLAT | <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Urgences Pédiatriques |
| <input type="checkbox"/> Consultation externe | <input type="checkbox"/> Equipe mobile soin palliatif | <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input type="checkbox"/> Urgences Adultes | |



ACCUEIL

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Accueil administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Identification du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins, les examens et les interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'orientation dans votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalétique d'accès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELATIONS

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Avec le personnel du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de votre demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CONDITIONS DE SEJOUR

	Non Applicable	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				
Délai de prise en charge	<input type="checkbox"/>				
Votre accompagnant a participé à votre prise en charge	<input type="checkbox"/>				
Propreté et confort des locaux	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				

CONDITIONS DE SORTIE

	Non applicable	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
L'organisation médicale de votre sortie (Ordonnances, Courrier de sortie, RDV, ...)	<input type="checkbox"/>				

SATISFACTION GLOBALE

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

