

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Madame, Monsieur,

Votre hospitalisation au Centre Hospitalier Ouest Réunion se termine

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



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

SERVICE - secteur de passage

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIE - NEUROLOGIE | <input type="checkbox"/> UNITE 72H |
| <input type="checkbox"/> CHIRURGIE | <input type="checkbox"/> MATERNITE |
| <input type="checkbox"/> COURT SEJOUR GERIATRIQUE - MEDECINE INTERNE | <input type="checkbox"/> PEDIATRIE |
| <input type="checkbox"/> DIABETOLOGIE - HOSPITALISATION DE SEMAINE | <input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIE - MEDECINE POLYVALENTE |
| <input type="checkbox"/> GASTROLOGIE | |



ACCUEIL

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Accueil aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil au Bureau des Entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans le service de soins	<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"/>
Sur vos droits (remise de livret d'accueil, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les soins et interventions proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les conditions de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les examens proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre sortie (date, traitement, ...)	<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 soignant de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel soignant de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de vos demandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DOULEUR

	Oui	Non
Avez-vous été confronté(e) à la douleur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu un traitement de la douleur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été soulagé(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS DE SEJOUR

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas du tout Satisfaisant
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre repos (jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre repos (nuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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**

