

***Lors de votre sortie, afin de nous améliorer,
pour mieux vous satisfaire...***

Cocher la case correspondant à votre avis

IDENTIFICATION

Nom, Prénom (facultatif) :

Dans quel service étiez-vous hospitalisé(e) ?

- Médecine A Médecine B USC
 USSR SRCR Urgences
 Hopital de jour

Le mois de votre hospitalisation :

- Janvier Mai Septembre
 Février Juin Octobre
 Mars Juillet Novembre
 Avril Août Décembre

Comment êtes-vous arrivé(e) dans le service ?

- Après un passage aux Urgences Suite de consultation Transfert d'un autre service Transfert d'un autre établissement
 Entrée programmée Autre :

L'ACCES ET L'ACCUEIL

Votre avis sur la facilité d'accès (signalétique) :

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait Non Concerné

Votre avis sur l'accueil dans le service :

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

LA PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE

Le personnel s'est-il présenté ?

- Oui* *Non*

Vous a-t-on demandé votre consentement pour les soins et les examens particuliers ?

- Oui* *Non*

Le personnel a-t-il fait preuve de discrétion par rapport à votre identité, aux informations vous concernant,... ?

- Toujours* *Souvent* *Parfois* *Jamais*

A-t-on tenu compte de votre intimité (par exemple : portes fermées pendant les soins,...)?

- Toujours* *Souvent* *Parfois* *Jamais*

Votre avis sur les relations de l'équipe avec votre famille :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait* *Non concerné(e)*

LA PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS

Votre avis sur vos relations avec les médecins :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur les informations données par les médecins :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur les soins médicaux pratiqués par les médecins :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur la prise en charge de la douleur :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait* *Non concerné(e)*

Avez-vous bénéficié de diffusions d'huiles essentielles ?

- Oui* *Non*

Si oui, avez-vous trouvé cela :

- Très agréable* *Agréable* *Peu agréable* *Pas du tout agréable*

LA PRISE EN CHARGE PAR LE PERSONNEL SOIGNANT

Votre avis sur les soins pratiqués par les infirmier(e)s :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur vos relations avec les soignants :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur les informations données :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

LA SORTIE

Votre avis sur l'organisation de votre sortie :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

LA RESTAURATION

Votre avis sur la qualité des repas :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur la quantité :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur la présentation :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur l'installation et l'aide aux repas :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

LES CONDITIONS MATERIELLES DE VOTRE SEJOUR

Que pensez-vous du confort de votre chambre ?

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur la propreté :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Votre avis sur la télévision :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait* *Non Concerné*

Votre avis sur le téléphone :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait* *Non Concerné*

LE LIVRET D'ACCUEIL

Avez-vous eu le livret d'accueil ?

- Oui* *Non* *Ne sait pas*

A-t-il répondu à vos attentes ?

- Oui* *Non*

SATISFACTION GLOBALE

Globalement, diriez-vous que vous êtes :

- Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Suggestions et Remarques + :