

	QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION		Code Liaison	DRSMS-Q-QSP- 01
	PATIENT HC		Mis à jour le	31/01/2018
			Version	03
	SSR - MEDECINE		Page	1/3
			Auteur	GT DEMOCRATIE SANITAIRE
			VALIDATION	COMET du xxxxxxxxxxxx

Sensibles à une amélioration de la qualité de nos prestations, nous souhaiterions que vous nous fassiez part de votre appréciation sur vos conditions de séjour.

Cette démarche ne fait pas obstacle aux échanges que vous souhaiteriez avoir avec le directeur ou les responsables de service.

Ce questionnaire est ANONYME et CONFIDENTIEL.

Merci pour votre collaboration

Ne souhaite pas répondre	
--------------------------	--

Date de la sortie : _____ / _____ /20_____





Vous êtes : Une femme Un homme

Age : _____

Service d'hospitalisation : _____





I- VOTRE ADMISSION





	OUI	NON
1- Vous a-t-on remis le livret d'accueil lors de votre admission ?		
2- Avez-vous connaissance de :		
a. La possibilité d'accéder à votre dossier ?		
b. La possibilité de désigner une personne de confiance ?		
c. L'existence de la Commission des Usagers - CDU?		
3- Vous a-t-on présenté le service et son fonctionnement ?		
4- Vos interlocuteurs se sont-ils présentés ?		
5- Identifiez-vous facilement les personnels intervenant dans votre prise en charge		

QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT...	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Sans avis
6- ...A l'accueil du personnel administratif ?					
7- ...A l'accueil du personnel médical ?					
8- ...A l'accueil du personnel soignant ?					
9- ...Aux formalités d'admission ?					

	QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	Code Liaison	DRSMS-Q-QSP- 01
	PATIENT HC SSR - MEDECINE	Mis à jour le	31/01/2018
		Version	03
		Page	2/3
		Auteur	GT DEMOCRATIE SANITAIRE
		VALIDATION	COMET du xxxxxxxxxxxx

II- SOINS ET RELATIONS





QUELLE EST VOTRE APPRECIATION SUR...	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Sans avis
10- L'écoute et la disponibilité de l'équipe médico-soignante ?					
11- La clarté des informations transmises par les médecins concernant :					
a. Votre prise en charge ?					
b. Votre état de santé					
c. Votre traitement					
d. Les effets indésirables possibles de vos médicaments ?					
e. Les raisons de restriction de liberté ? (contention)					
12- Les soins dispensés par le personnel de jour ?					
13- Les soins dispensés par le personnel de nuit ?					
14- Le respect de la confidentialité ?					
15- Le respect de votre intimité physique ?					
16- La bienveillance de votre prise en charge ?					





SI VOUS AVEZ BENEFICIE DES PRISES EN CHARGES SUIVANTES	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Non concerné
QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT ...					
17- A la prise en charge par les médecins					
18- A la prise en charge par l'équipe de soins (Infirmiers, aides-soignants)					
19- A la prise en charge au plateau technique (Kinésithérapeutes, ergothérapeutes)					
20- A la prise en charge par les transports sanitaires ?					
21- A la qualité des activités proposées liées aux soins ?					
22- A la prise en charge de votre douleur physique ?					
23- Au soutien apporté en cas d'angoisse / d'inquiétude					
24- Aux activités de loisirs (jeux de société, emprunt de livres, accès au parc pour promenades)					
25- A la manière dont vos proches ont été associés à la prise en charge ?					

	Toujours	Parfois	Jamais	Aucune décision n'a été prise
26- Lors de votre hospitalisation, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitiez pour participer aux décisions concernant vos soins et/ou votre traitement ?				





	QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION		Code Liaison	DRSMS-Q-QSP- 01
	PATIENT HC SSR - MEDECINE		Mis à jour le	31/01/2018
			Version	03
			Page	3/3
			Auteur	GT DEMOCRATIE SANITAIRE
			VALIDATION	COMET du xxxxxxxxxxxx

III-SERVICES ET PRESTATIONS





HOTELLERIE --- COMMENT JUGEZ-VOUS ?	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Sans avis
27- La propreté de l'établissement ?					
28- L'entretien de votre chambre ?					
29- Le confort de votre chambre ?					
30- La propreté du linge qui vous est fourni ?					
31- Le bruit dans le service ?					

RESTAURATION --- COMMENT JUGEZ-VOUS ?	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Sans avis
32- Le respect de votre régime ?					
33- La quantité servie ?					
34- La variété des plats proposés ?					
35- La température des plats ?					
36- La qualité des repas ?					

IV-VOTRE SORTIE

A-T-ELLE ETE CORRECTEMENT PREPAREE	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Non concerné
37- Sur le plan administratif ?					
38- Sur le plan médico-soignant ?					

V- POUR CONCLURE

	Très satisfaisant 	Satisfaisant 	Insatisfaisant 	Très insatisfaisant 
39- Globalement votre séjour est ...				

	OUI	NON
40- Recommanderiez-vous notre établissement ?		
41- Avez-vous reçu de l'aide pour compléter ce questionnaire ?		

Si suite à ces différentes questions, vous avez des remarques à faire et/ou des suggestions à formuler, n'hésitez pas à nous les communiquer ci-dessous

Ce questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions de l'attention que vous y avez portée.