

Questionnaire de satisfaction de l'entourage des patients

Pour améliorer la prise en charge de nos patients, nous sollicitons votre avis.
Nous vous remercions de votre participation.

Comment évaluez-vous ?

0 = Insatisfait 1 = Peu satisfait 2 = Satisfait 3 = Très satisfait 4 = Excellent

L'ACCUEIL :

Etes-vous satisfait :

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - de l'accueil administratif des patients (standard, bureau des entrées, urgences) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de l'accueil des patients dans le service de soins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de la durée d'attente ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE SEJOUR :

Etes-vous satisfait :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - du confort de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du lit d'appoint si vous l'avez demandé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des repas accompagnants si vous les avez demandés ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de l'entretien des locaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des prestations diverses (téléphone, télévision, internet) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des informations sur l'état de santé et les soins proposés à votre proche ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des espaces de rencontres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des heures de visites ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de l'organisation de la sortie (ordonnances, consignes de sortie, date et heure de sortie, transport) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DROITS ET INFORMATIONS :

Etes-vous satisfaits :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - des explications données à vos questions et/ou de la clarté de l'information ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des précautions prises pour respecter l'intimité des patients ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du respect des droits des patients (dignité, confidentialité...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du respect des valeurs culturelles (choix alimentaires, recours à un ministre de leur religion, possibilité d'avoir certaines informations dans votre langue ...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de l'information reçue sur les suppléments à charge du patient ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DEGRE DE SATISFACTION GLOBALE :

(Note globale / 10) = /10

Date du séjour de votre proche :/...../.....

Séjour : Ambulatoire Chirurgie Médecine SSR Urgences

Commentaires :
.....
.....

Merci de votre participation

Avril 2016