

# Questionnaire de satisfaction

## Unité du Sommeil

Pour améliorer la prise en charge de nos patients, nous sollicitons votre avis.

NOM : (facultatif)..... Prénom : .....

Chambre n°..... Praticien : ..... Date : .....

Comment évaluez-vous ? 0 = Insatisfait    1 = Peu satisfait    2 = Satisfait    3 = Très satisfait    4 = Excellent

### AVANT VOTRE HOSPITALISATION

- |  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous satisfait :  |                          |                          |                          |                          |                          |
| - Des informations concernant l'hospitalisation dans ce service (modalités entrées et sorties) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De la prise en charge médicale avant votre hospitalisation (consultations...) ?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### PENDANT VOTRE HOSPITALISATION

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous satisfait :  |                          |                          |                          |                          |                          |
| - De l'accueil ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Du confort de votre chambre, entretien des locaux ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De la qualité des repas ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De l'écoute et de la prise en charge du personnel soignant et non soignant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Des explications du personnel et des réponses apportées à vos questions ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### DROITS ET INFORMATION DU PATIENT

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous satisfait :                             |                          |                          |                          |                          |                          |
| - Du respect de la confidentialité ?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De la vérification de votre identité ?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Du délai d'attente (entrée, service, sortie) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Des précautions pour respecter votre intimité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### SORTIE

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous satisfait :                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
| - De l'organisation de la sortie ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Des réponses apportées à vos questions à votre sortie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Des informations concernant la suite ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DEGRE DE SATISFACTION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR :        /10

0 = Non	1 = Peut être	2 = Probablement	3 = Certainement
---------	---------------	------------------	------------------

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Globalement, recommanderiez-vous l'établissement ?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pour une autre hospitalisation ou intervention reviendriez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques/Suggestions : .....

.....

.....

Merci de votre participation