

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"/> |
| - De la prise en charge médicale avant votre hospitalisation (consultations...) ? | <input type="checkbox"/> |

PENDANT VOTRE HOSPITALISATION

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

DROITS ET INFORMATION DU PATIENT

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

SORTIE

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