

# Questionnaire de satisfaction

Vous pouvez remettre ce questionnaire le jour de votre départ au bureau des sorties ou à l'accueil, ou le cas échéant, le renvoyer par courrier. Il sera systématiquement transmis à la direction et au service qualité afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation.

Les synthèses des questionnaires de satisfaction sont affichées dans le hall d'accueil du Médipôle de Savoie.

Nous vous remercions de votre participation.

**NOM : (facultatif)** .....

**Prénom :** .....

**Chambre n°** .....

**Séjour du** ..... **au** .....

**Comment évaluez-vous ?**

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

**Etes-vous satisfait :**

	0	1	2	3	4
- de l'accueil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de votre prise en charge par l'équipe médicale et soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des explications données à vos questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du respect de vos droits (intimité, confidentialité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'hôtellerie (chambres, locaux...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la restauration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du délai d'attente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des informations concernant votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DEGRE DE SATISFACTION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR.**

(Note globale / 10) = **/10**

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

0    1    2    3

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - 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"/> |

**Motif de votre hospitalisation :** .....

**Praticien :** .....

**Hospitalisation :**    Ambulatoire     Chirurgie     Médecine     SSR

**Age :**                    de 1 à 29 ans     de 30 à 59 ans     + de 60 ans

**Remarques / Suggestions :** .....

.....

.....

.....

.....

**Merci de votre participation**