



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Date de sortie :

| Avez- vous été satisfait (e) ... | Très satisfait | Plutôt satisfait | Pas du tout satisfait | Ne se prononce pas (NSP) |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| DE L'ACCUEIL LORS DE VOTRE ARRIVEE | | | | |
| Au service des admissions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans le service d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DES INFORMATIONS RECUES | | | | |
| Sur les examens (radios, prises de sang,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sur les soins et traitements à poursuivre au domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous a-t-on expliqué les bénéfices et les risques des soins ou traitements ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> | | | |
| Vous a-t-on demandé votre consentement pour les examens et les traitements ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> | | | |
| Sur vos droits ? (livret d'accueil, personne de confiance...) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> | | | |
| Sur la Commission des Usagers (CDU)? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> | | | |
| DES SOINS QUI VOUS ONT ETE DISPENSES | | | | |
| Par les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Par le personnel soignant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre douleur a-t-elle été prise en compte ? (répondre uniquement si vous avez eu mal) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> | | | |
| Votre intimité a-t-elle toujours été respectée ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> | | | |
| DE L'HOTELLERIE | | | | |
| De l'entretien, la propreté de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du respect de votre tranquillité (bruit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DES PRESTATIONS DIVERSES | | | | |
| Du téléphone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la Télévision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D'internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| QUELLE EST VOTRE APPRECIATION GLOBALE SUR LE SEJOUR ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RECOMMANDERIEZ-VOUS CE SERVICE | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> | | | |

Questionnaire de satisfaction



AVEZ-VOUS D'AUTRES COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS A FORMULER ?

Merci de faire parvenir ce questionnaire à la Direction du Centre Hospitalier

:

- soit en le remettant à l'infirmière du service
- soit en le remettant au Cadre de santé de l'unité
- soit en le déposant dans la boîte aux lettres située à l'accueil dans le hall d'entrée
- soit en l'adressant directement à :

**Service qualité du Centre Hospitalier du Pays de Craponne sur Arzon
16 rue de la Ratille
43500 Craponne sur Arzon**

