



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**

