

# Questionnaire de satisfaction



Au cours de votre séjour, nous avons essayé de répondre au mieux à vos attentes et besoins. Aussi, afin de connaître votre opinion sur l'établissement, et pour améliorer la qualité de la prise en charge, nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire.

Pour cela, il vous suffit de cocher les cases correspondantes à votre réponse.

## Vous êtes hospitalisé en service de :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecine polyvalente                         | <input type="checkbox"/> Médecine Addictologie                             |
| <input type="checkbox"/> Court Séjour Gériatrique                     | <input type="checkbox"/> Maternité FRANCIS HOTTIER                         |
| <input type="checkbox"/> Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalent | <input type="checkbox"/> Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie |



## - LEGENDE -



## VOTRE ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT -----

Lors de votre entrée, êtes vous passé par le bureau des entrées ?

Oui

Non



Si oui, votre accueil a été :





Votre accueil dans le service de soins a été :





La signalétique de l'établissement vous a-t-elle parue claire ?





## VOTRE CHAMBRE -----

Comment qualifieriez-vous :



- Le confort
- L'entretien
- Le Matériel
- L'ambiance sonore
- Le linge fourni par l'établissement  
(Draps, Taie, Couverture, Couvre-lit, Chemise ouverte)





















## LA RESTAURATION -----

Avez-vous apprécié les repas ?

Oui

Non

Comment qualifieriez-vous :



- La variété
- La quantité
- La qualité
- La température
- Les horaires





















Aviez-vous un régime alimentaire pendant votre séjour dans l'établissement ?

Oui





Non

Si oui, a-t-il été respecté ?





Oui

Non





## LE PERSONNEL SOIGNANT -----

				
▪ Il est aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Il est discret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Il est disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Il est à votre écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Il respecte votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins ont-ils répondu à vos questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été informé sur votre état de santé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

## VOUS ET LA DOULEUR -----

Avez-vous eu mal durant votre séjour ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, votre douleur a-t-elle été prise charge ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Votre douleur a-t-elle été soulagée ?	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>

## VOTRE SEJOUR -----

				
Avez-vous été informé de l'organisation du service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on remis un livret d'accueil ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Estimez-vous que vos droits ont été respectés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes- vous satisfait de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous cet établissement auprès de votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur 10, quelle note donneriez-vous à l'établissement : \_\_\_/10

**VOS REMARQUES :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Nom et prénom (facultatif) :** .....

**Adresse (facultatif) :** .....  
.....

**N° de chambre :** .....

**Date :** .....

**Nous vous invitons à compléter ce questionnaire et à le remettre au cadre de santé, à l'équipe soignante ou à le placer dans les boites aux lettres adéquates.**

**Merci de votre compréhension.**

*L'équipe du Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis*

