

Questionnaire de satisfaction

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire afin d'améliorer la qualité des soins et de mieux répondre à vos attentes. Pour chaque question, cochez une seule réponse, celle qui correspond le mieux à votre expérience. Vos réponses resteront confidentielles. Nous vous remercions par avance de votre participation.

Quel est votre avis sur :

la qualité de l'accueil par :

					NC*
Les professionnels des unités de soins.....	<input type="checkbox"/>				
Les professionnels des autres services					
- Admissions.....	<input type="checkbox"/>				
- Caisse.....	<input type="checkbox"/>				
- Gestion des tutelles.....	<input type="checkbox"/>				
- Autres, préciser.....	<input type="checkbox"/>				

la qualité des lieux, en termes de :

					NC
Signalétique, orientation dans l'établissement.....	<input type="checkbox"/>				
Accessibilité à l'intérieur des locaux.....	<input type="checkbox"/>				
Confort des locaux.....	<input type="checkbox"/>				
Hygiène des locaux.....	<input type="checkbox"/>				

la qualité de la prise en charge par :

					NC
Les médecins.....	<input type="checkbox"/>				
Le personnel soignant (Infirmiers, aides-soignants, etc.).....	<input type="checkbox"/>				
Le service social.....	<input type="checkbox"/>				

la qualité des soins, en termes de :

	Equipe de jour				/	Equipe de nuit			
Disponibilité et écoute des professionnels.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre intimité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de votre douleur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

la qualité des prestations hôtelières concernant :

					NC
La qualité des plats servis.....	<input type="checkbox"/>				
La quantité des repas servis.....	<input type="checkbox"/>				

*NC : Non concerné

Quel est votre avis sur :

la qualité des différents services proposés :

					NC
Cafétéria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salon de coiffure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Points phones et cabines téléphoniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animations de l'Espace socio-culturel et sportif UTOPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

la qualité de l'information concernant :

					NC
Vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos droits et possibilités de recours.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre mode d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les traitements qui vous sont proposés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contenu du livret d'accueil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

la qualité de l'organisation de votre sortie concernant :

					NC
L'aide apportée par les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données sur votre traitement et la continuité de vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques / Suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Votre unité d'hospitalisation :

Votre Nom Prénom (facultatif) :

Votre mode d'hospitalisation à votre arrivée :

Soins libres

Soins psychiatriques sans consentement

Ne sait pas

Ce questionnaire est à remettre directement au cadre de santé de votre unité de soins ou dans la boîte aux lettres réservée à cet effet dans le hall du service des admissions. Vous avez également la possibilité de l'adresser par courrier à la direction.

