



# Questionnaire de satisfaction

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

*Vous allez quitter notre établissement. Nous espérons que votre séjour a répondu à votre attente tant dans le domaine des soins que celui de l'hôtellerie. Votre opinion est précieuse pour améliorer la qualité des prestations que nous vous offrons. Nous vous remercions par avance de prendre quelques instants pour répondre à ces questions. Vos réponses sont anonymes. Nous vous souhaitons un complet rétablissement et vous prions d'agréer nos meilleurs sentiments.*

Le service où vous avez été hospitalisé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## 1. Appréciation de la qualité de l'accueil

Cochez la case correspondant à votre réponse

|  |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Que pensez-vous de l'accueil :           | Excellent                | Bon                      | Passable                 | Mauvais                  | Avez-vous pu identifier les fonctions des personnels qui vous entouraient ? | Oui                      | Non                      |
| du bureau des entrées ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| du médecin ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous subi des délais d'attente à Bligny ?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| de l'équipe soignante ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si « Oui », précisez à quel endroit   | _____                    |                          |
| de l'ensemble des personnels de Bligny ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | et combien de temps   | _____                    |                          |

## 2. Appréciation des soins

|   |                          |                          |  |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| La confidentialité concernant votre état de santé a-t-elle été respectée ?    | Oui                      | Non                      | Au cours des soins, votre intimité a-t-elle été correctement respectée ? | Oui                      | Non                      |
| .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous pu rencontrer facilement le médecin ?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous été bien informé du traitement à suivre à votre sortie ?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été bien informé sur l'importance et le but des examens prescrits ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estimez-vous que le personnel a été suffisamment disponible ?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été bien informé des soins reçus ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dans l'ensemble êtes-vous satisfait des soins dispensés ?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre douleur a-t-elle été suffisamment prise en charge ?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |

## 3. Appréciation de l'hôtellerie

|                            |                          |                          |  |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Votre chambre était-elle : | Oui                      | Non                      | Les repas étaient-ils satisfaisants :  | Oui                      | Non                      |
| confortable ?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | en qualité ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| propre ?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | en quantité ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| calme ?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | en variété ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            |                          |                          | en température ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                            |                          |                          | Le repas était-il un moment agréable ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4. Appréciation d'ensemble de votre séjour

|                  |                          |                          |  |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Vous êtes :      | Oui                      | Non                      | Pensez vous que vos droits ont été respectés ? | Oui                      | Non                      |
| très satisfait ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| satisfait ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vos remarques et suggestions :                 | _____                    |                          |
| mécontent ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| très mécontent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |

Après avoir répondu au questionnaire, merci de le glisser dans l'enveloppe ci-jointe que vous pouvez remettre **dans le service ou au bureau des entrées** ou envoyer par la poste.

Si vous le souhaitez, vous pouvez mentionner votre nom : \_\_\_\_\_