

Questionnaire de Satisfaction

Hôpital De Jour

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris(e) en charge dans le service **d'Hospitalisation de jour de l'hôpital Lozère**.
 Afin d'améliorer la qualité de nos prises en charge, et de satisfaire au mieux les besoins de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et le remettre à un professionnel du service.
 Le questionnaire est couvert par le secret professionnel et reste **confidentiel**.

La Direction

IDENTIFICATION (données facultatives) :

Pour les questions suivantes, veuillez cocher UNE seule case.

Nom, Prénom du patient :

Age :

Sexe : Homme Femme

Date d'hospitalisation : / /

Adresse :



Très satisfait (e)



Plutôt satisfait (e)



Plutôt insatisfait(e)



Très insatisfait (e)

Pour les questions suivantes, cocher UNE seule case.

					Ne se prononce pas (NSP)
A VOTRE ARRIVEE					
Avez-vous été satisfait(e) de :					
- L'accès à l'établissement (stationnement, signalétique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'ACCUEIL					
Avez-vous été satisfait (e) de l'accueil ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP Si non, pourquoi ?					
DURANT VOTRE SEJOUR					
Avez-vous été satisfait(e) :					
- De la disponibilité du personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la disponibilité du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Du déroulement des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'organisation des déplacements pour les examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION

Avez-vous été satisfait(e) :					
-De l'information médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-De l'information paramédicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'écoute et de l'accompagnement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lors de votre départ, de l'information reçue sur le traitement, les soins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOULEUR

Avez-vous été satisfait(e) de :					
- L'évaluation de votre douleur par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS HOTELIERES

Avez-vous été satisfait(e) :					
- Du confort/ de la propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du confort/ de la propreté de la salle de détente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été satisfait(e) du système de choix pour les repas ? Oui Non NSP

Les repas servis correspondent-ils bien au choix effectué ? Oui Non NSP

IMPRESSION GENERALE

Pour cette question, veuillez entourer la partie correspondant à votre niveau de satisfaction.

Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau d'appréciation de l'ensemble de votre séjour au sein de l'établissement ? (1 étant le niveau le plus faible et 10 le niveau le plus élevé) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Observations/Remarques :

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

En vertu de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement aux données recueillies.