

Centre Hospitalier du Pays Charolais – Brionnais SITES LCL – PLM	Enregistrement	Page 1/2
	QUESTIONNAIRE SATISFACTION AUPRES DES PATIENTS HOSPITALISES EN MCO	Date d'application : 29/01/2021
	Document N° : CHPCB-ENR-0080	Version : 03

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE :

(Vous pouvez remettre cette fiche auprès du bureau des admissions, dans la boîte aux lettres à votre disposition)

En remplissant ce questionnaire, vous nous aiderez à mieux répondre à vos attentes et à améliorer le fonctionnement de nos services.

VOTRE SITE D'HOSPITALISATION : La Clayette Paray-le-Monial
 VOTRE SERVICE D'HOSPITALISATION :
 HOSPITALISATION : Programmée En situation d'urgence

Si le questionnaire n'est pas rempli, le patient :
 Est en incapacité de répondre Refuse de remplir le questionnaire

Très satisfaisant
 Satisfaisant
 Peu satisfaisant
 Pas satisfaisant

QUALITE DE L'ACCUEIL

Vous a-t-on posé un bracelet d'identification ? Oui Non

Quel est votre niveau de SATISFACTION au moment de votre arrivée :

- Amabilité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ecoute :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Délai d'attente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel est votre niveau de SATISFACTION dans votre service d'hospitalisation :

- Amabilité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ecoute :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Délai d'attente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DROITS, INFORMATIONS et DIGNITE

Le personnel soignant s'est-il présenté à vous en précisant son IDENTITE et sa FONCTION : Oui Non

La CONFIDENTIALITE a-t-elle été respectée durant votre séjour : Oui Non

Vous a-t-on donné des informations claires et faciles à comprendre sur :

- la personne de confiance	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- les directives anticipées	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Votre niveau de satisfaction sur les INFORMATIONS RECUES concernant :

- Vos traitements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les examens :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les différents soins:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Déroulement du séjour:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Evolution de votre état de santé:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre sortie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le respect de votre INTIMITE vous a semblé:

Le respect de votre DIGNITE vous a semblé:

L'ATTENTION réservée à vos proches vous a semblé (accueil, visites, accompagnement...) :

Si vous avez rencontré un problème lié aux soins pendant votre hospitalisation, avez-vous reçu des informations le concernant ? Oui Non

QUALITE DES SOINS DISPENSES



Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

- la disponibilité du PERSONNEL MEDICAL ?
- la disponibilité du PERSONNEL SOIGNANT ?
- les conditions de votre prise en CHARGE MEDICALE ?
- les SOINS qui vous ont été dispensés ?
- les DELAIS d'attente après appel pour une demande d'aide ?
- la prise en charge du SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ?

LES PRESTATIONS HOTELIERES



Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

- le CONFORT de la chambre (propreté, mobilier, bruit) ?
- la qualité des REPAS (choix, goût, température, présentation) ?
- la qualité du LINGE (propreté, renouvellement, confort)?
- le SERVICE TELEPHONIQUE ?
- la qualité du SERVICE TELEVISION (image, son, disponibilité) ?

LA SORTIE

Avez-vous été informé(e) suffisamment tôt de la date et heure de sortie ? Oui Non

Les informations sur votre sortie et la continuité des soins après votre sortie vous ont-elles été données ? Oui Non

APPRECIATION GLOBALE DU SERVICE



Votre impression d'ensemble :

Qu'avez-vous retenu des points à améliorer avant et pendant votre hospitalisation ?

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

Qu'avez-vous retenu de positif avant et pendant votre hospitalisation ?

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

Merci de votre collaboration