



# BIEN SÛR QU'ON VOUS DEMANDE VOTRE AVIS !



Ce que vous tenez dans les mains n'est pas un simple "questionnaire de satisfaction". C'est l'occasion rêvée de nous donner votre avis et de nous faire part de vos remarques concernant votre séjour à l'hôpital. Nous pouvons vous assurer que nous lirons avec intérêt ce que vous avez à nous dire et que de nombreuses améliorations ont vu le jour grâce à ce petit questionnaire.

Une fois que vous aurez fini, vous pourrez le laisser dans la boîte aux lettres située à l'entrée du service dans lequel vous avez été hospitalisé(e).

**Merci pour le temps que vous y consacrerez et ne doutez pas que votre petit mot puisse engendrer de grands changements !**

## L'ACCUEIL

1. Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil par le service administratif lors de votre arrivée ?

Oui  Non  Partiellement

2. Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé dans le service ?

Oui  Non  Partiellement

3. Avez-vous reçu le livret d'accueil ?

Oui  Non

4. Si oui, vous a-t-il été utile ?

Oui  Non  Partiellement

## LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL

5. Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge par les personnels soignants ?

Oui  Non  Partiellement

6. Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge par les personnels non-soignants (ménage, repas ou technique) ?

Oui  Non  Partiellement

7. Avez-vous été satisfait(e) de l'information donnée par les médecins ?

Oui  Non  Partiellement

8. Avez-vous été satisfait(e) de l'information donnée par les autres membres de l'équipe ?

Oui  Non  Partiellement

9. Dans ce cadre, la disponibilité des médecins vous a-t-elle paru suffisante ?

Oui  Non  Partiellement

10. Dans le cas où votre prise en charge s'est effectuée en activité libérale, considérez-vous avoir été suffisamment informé(e) ?

Oui  Non  Partiellement

## HOSPITALISATION

11. Avez-vous été satisfait(e) du confort de la chambre ?

Oui  Non  Partiellement

12. Avez-vous été gêné(e) par le bruit ?

Oui  Non  Partiellement

13. Avez-vous apprécié la propreté de la chambre ?

Oui  Non  Partiellement

14. Avez-vous apprécié la température de la chambre ?

Oui  Non  Partiellement

15. Avez-vous été satisfait(e) des horaires proposés (réveil, soins, repas, visite) ?

Oui  Non  Partiellement

Si vous avez répondu "Non" ou "Partiellement" à la question précédente, merci d'en indiquer les raisons.

---

---

## LES SOINS

16. Avez-vous été satisfait(e) de la prise en charge de la douleur ?

Oui  Non  Partiellement

17. Avez-vous eu le sentiment d'avoir bénéficié de soins adaptés à votre prise en charge ?

Oui  Non  Partiellement

## LES PRESTATIONS

### > LES REPAS

18. Avez-vous été satisfait(e) des repas ?

Oui  Non  Partiellement

19. Si vous avez répondu "Non" ou "Partiellement" à la question précédente, merci d'en indiquer les raisons.

Saveurs  Équilibre  Quantité  
 Autres

### > LA TÉLÉVISION

20. Avez-vous été satisfait(e) des services de télévision mis à votre disposition ?

Oui  Non  Partiellement

### > LA SORTIE

21. Avez-vous été satisfait(e) de l'organisation de votre sortie ?

Oui  Non  Partiellement

## OPINION GÉNÉRALE

22. Recommanderiez-vous le service ?

Oui  Non  Partiellement

23. Recommanderiez-vous l'établissement ?

Oui  Non  Partiellement

24. Si vous êtes une personne en situation de handicap, indiquez vos remarques et suggestions.

25. Si vous avez d'autres remarques ou suggestions à faire sur votre séjour à l'hôpital, merci de les indiquer ci-dessous.

## VOTRE SITUATION PERSONNELLE

26. Pouvez-vous nous indiquer votre tranche d'âge ?

De 11 à 17 ans  De 18 à 24 ans  
 De 25 à 34 ans  De 35 à 49 ans  
 De 50 à 64 ans  Plus de 65 ans

## ZONE DESTINÉE AU SERVICE / UNITÉ DE SOINS

INTITULÉ DU SERVICE /UNITÉ DE SOINS

DATE DE DÉPÔT DE CE QUESTIONNAIRE  
(Jour/Mois/Année)

### INTITULÉ DU PÔLE

ARSIBOU  CTUV  IMAGERIE ET EFR  
 NEUROLOCOMOTEUR GÉRIATRIQUE  
& INFECTIOLOGIQUE  
 PERSONNES ÂGÉES - MÉDICO SOCIAL  
 PSYCHIATRIE  
 BIOLOGIE - PATHOLOGIE  
 FME  
 INSTITUT VASCULAIRE  
 ORGANE DES SENS  
 PHARMACIE