



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## Hôpital de Jour

### Votre avis nous intéresse !

Votre séjour dans notre établissement s'achève. Soucieux de l'amélioration continue de la qualité de nos prestations, vos remarques et suggestions nous sont indispensables. Nous vous remercions de remplir ce questionnaire. Vous pouvez le remettre au personnel du service, le déposer auprès des hôtesses d'accueil ou nous le faire parvenir par courrier (adresse au dos).

#### SITE CONCERNÉ :

- Hôpital Emile Muller (Mulhouse)
- Hôpital du Hasenrain (Mulhouse)
- Hôpital Gériatrique (Cernay)

NOM du service : .....

Dates du séjour : .....

NOM et Prénom + adresse (facultatif) : .....

.....

- Modalités de réponse :
- Très satisfaisant      Satisfaisant      Peu satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant      Non Concerné(e)

### VOTRE ACCUEIL



Que diriez-vous de la **SIGNALISATION** ?

Que diriez-vous de l'**ACCUEIL** reçu :

● au service des **ADMISSIONS** ?

● dans votre **SERVICE DE SOINS** ?

### VOTRE PRISE EN CHARGE



#### Vos **SOINS**

Que pensez-vous :

● des **SOINS** reçus ?

● du respect de votre **CONSENTEMENT** ?

● de la prise en charge de votre **DOULEUR** ?

● du respect de votre **INTIMITE** ?

#### Le(s) **MÉDECIN(S)** du service

Que pensez-vous de :

● leur **ECOUTE** et leur **DISPONIBILITE** ?

● la **CLARTE DES INFORMATIONS** et **EXPLICATIONS** fournies ?



### Les PROFESSIONNELS

Que pensez-vous de :

- l'AMABILITE du personnel ?
- l'ECOUTE et la DISPONIBILITE du personnel ?
- l'AIDE obtenue ?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

### Votre INFORMATION

Que pensez-vous de :

- la clarté des informations et explications fournies ?
- la facilité pour les obtenir?
- la possibilité d'exprimer vos inquiétudes et vos souhaits ?
- du respect de la confidentialité des informations vous concernant ?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

### Les PRESTATIONS HOTELIÈRES

Que pensez-vous :

- du CONFORT de votre chambre ?
- de la PROPRETÉ de votre chambre ?
- des REPAS servis (quantité, qualité,...) ?
- de la TRANQUILLITÉ dans le service ?
- des SERVICES ANNEXES (TV, téléphone, ...) ?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

## VOTRE SORTIE



Que pensez-vous de

- l'ORGANISATION de votre sortie
  - annonce de la date
  - modalités de transport
  - conditions d'attente du transport (ponctualité, amabilité...)
- l'INFORMATION sur la poursuite des SOINS, des traitements après votre sortie (médicaments, soins à domicile, kinésithérapie...)?

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

## Votre OPINION GÉNÉRALE

Très satisfaisant       Satisfaisant       Peu satisfaisant       Pas du tout satisfaisant

Conseilleriez-vous notre établissement ?

Certainement       Probablement       Peut-être       Certainement pas

## OBSERVATIONS / PROPOSITIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....