

Questionnaire de satisfaction Hospitalisation complète

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris en charge au Centre Hospitalier d'Uriage

du **au** (informations utiles au traitement de votre questionnaire).

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients, il est important pour nous de recueillir votre avis à l'aide de ce questionnaire. Pour chaque question, cochez la réponse qui correspond le plus à votre avis.

Vos réponses seront traitées par notre Service Qualité. Nous vous remercions du temps que vous consacrerez pour nous apporter votre point de vue.

La Directrice, Mme Sylviane COLOVRAY-ROUQUET

i Légende du questionnaire

			
Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Mécontent(e)

Accueil



- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- Informations données avant votre hospitalisation _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Accueil par le personnel administratif _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Informations données par le Bureau des Entrées _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Accueil par le personnel soignant dans l'unité de soins _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Prise en charge

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5- Qualité des soins dispensés _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- Soins de rééducation prescrits _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- Écoute de votre douleur _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- Prise en charge de votre douleur _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- Qualité des relations avec les médecins _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- Qualité des relations avec les soignants _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- Qualité des relations avec les rééducateurs _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- Respect de votre intimité et dignité _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Environnement - Prestations hôtelières



- 13- Accessibilité des locaux _____
- 14- Confort des locaux _____
- 15- Entretien des locaux _____
- 16- Confort de votre chambre _____
- 17- Entretien de votre chambre _____
- 18- Calme dans l'unité de soins _____
- 19- Qualité des repas _____
- 20- Présentation des repas _____

Transports

(si vous avez bénéficié d'un transport en ambulance ou VSL commandé par le Centre Hospitalier d'Uriage)

- 21- Respect des horaires _____
- 22- Confort du transport _____
- 23- Prise en charge par les ambulanciers _____

Sortie

- 24- Délai d'information de votre date de sortie _____
- 25- Horaire de votre sortie _____
- 26- Qualité des informations et conseils donnés _____

Appréciation d'ensemble



Commentaires ou suggestions

Nom et adresse (facultatif)
