



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOPITAL DE SEMAINE DE CARDIOLOGIE



Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de votre prise en charge, nous vous remercions de bien vouloir nous faire part de votre appréciation sur les points suivants.

Votre avis nous intéresse.

La Directrice,  
A. CORNILLAULT

Date : .....

Numéro de chambre : .....

Votre hospitalisation était-elle programmée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Venez-vous de votre domicile ? <i>Si non, merci de préciser : .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE ACCUEIL

Comment évaluez-vous :	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
• la signalisation du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la qualité de l'accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le délai d'attente avant l'accueil dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'IDENTIFICATION DU PERSONNEL

Avez-vous pu identifier les fonctions du personnel ?	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE SEJOUR

### PRESTATIONS HOTELIERES

Comment jugez-vous :	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
• la qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• l'équipement, le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le niveau sonore de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la température de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la prestation TV - téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOS SOINS

Quel est votre niveau de satisfaction quant à :	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
• la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• l'attention du personnel soignant (écoute, amabilité, délai de réponse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• l'aide apportée à la toilette et aux repas (si votre activité était réduite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verso ⇒

## VOTRE INFORMATION ET VOS DROITS

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
<b>Comment évaluez-vous :</b>					
• l'information sur la désignation de la personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le respect de votre intimité/pudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la clarté des informations reçues pour préparer votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la clarté des informations reçues concernant votre état de santé, vos soins, vos examens, vos traitements par :					
- le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le personnel infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LA SORTIE

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
<b>Que pensez-vous de l'information sur :</b>					
• le jour et l'heure de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• votre traitement à la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la reprise d'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Savez-vous quel numéro appeler si vous avez un problème après votre sortie ?**

Oui  Non

## APPRECIATION GLOBALE

Au vu de tous les critères énoncés dans ce questionnaire, quelle note attribueriez-vous au service ?  
1 étant la note la plus basse et 10 la meilleure

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



**Recommanderiez-vous ce service à vos proches ?**

Oui  Non

### OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez une réponse individuelle, merci de nous indiquer vos coordonnées complètes (nom, prénom, adresse) : .....

.....

.....

.....