



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOSPITALISATION

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Jacques Cœur. Nous nous sommes efforcés de vous prodiguer des soins de qualité et de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques instants à ce questionnaire.

Votre avis nous intéresse.

La Directrice,
A. CORNILLAULT

Date : Service de soins : N° de chambre :

Nom de votre médecin référent :

VOTRE ACCUEIL

	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Signalisation des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil du service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS DROITS

	Oui	Non
Vous a-t-on remis et expliqué le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, y avez-vous trouvé les informations utiles et claires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été informé(e) des modalités de désignation de la personne de confiance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été informé(e) sur vos droits en matière de directives anticipées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SEJOUR

L'IDENTIFICATION DU PERSONNEL

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'INFORMATION

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous reçu des explications sur votre état de santé, vos soins, vos examens, par :				
• le personnel médical (médecins, sages-femmes)	<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"/>
Les explications que vous avez reçues vous ont-elles parues claires et compréhensibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
L'information sur votre traitement médicamenteux vous a paru :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

	Mauvaise	Bonne	Très bonne	Excellente
Votre douleur a été prise en charge de manière :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS SOINS

	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Qualité de la prise en charge par :				
• le personnel médical (médecins, sages-femmes)	<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"/>
• les aides-soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux actes de la vie quotidienne vous a semblé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS RELATIONS AVEC LE PERSONNEL

	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Qualité de la relation (écoute, disponibilité) avec :				
• le personnel médical (médecins, sages-femmes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• les aides soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRESTATION HOTELIERE

	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Que diriez-vous :				
• du confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de la propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de la qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de la variété et du choix des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de la quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de la prestation télévision / téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans votre chambre, dans le service ?	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
La température de la chambre vous a-t-elle convenu ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Si non, comment l'avez-vous jugée ?	Trop froide <input type="checkbox"/>		Trop chaude <input type="checkbox"/>	

PRISE EN CHARGE PAR LES SERVICES SPECIALISES

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Qualité de prise en charge, disponibilité :					
• Equipe de rééducation	<input type="checkbox"/>				
• Assistante sociale	<input type="checkbox"/>				
• Equipe de brancardage	<input type="checkbox"/>				

VOTRE SORTIE

	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Que pensez-vous de l'information donnée sur les médicaments que vous allez devoir prendre après votre sortie ? (dosage, horaires, effets indésirables,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous de l'information donnée sur la reprise des activités après votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée ? (date, continuité des soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

Si vous avez été pris(e) en charge au **Service d'Accueil des Urgences**, vous pouvez retrouver son questionnaire dédié en scannant le QR code ci-joint ou en vous rendant sur le lien <https://bit.ly/chjc-urgences>

Si vous n'avez pas d'accès à internet, un exemplaire papier est tenu à votre disposition à l'accueil principal de l'établissement

