

# Questionnaire de satisfaction

Madame, Monsieur,

Afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients, nous vous remercions de bien vouloir renseigner ce questionnaire. Vos réponses seront strictement confidentielles. **Merci de cocher chacune de vos réponses à l'aide d'une croix et d'un stylo noir.**

Ce questionnaire est à déposer dans la boîte "Questionnaire de satisfaction" à l'entrée de l'établissement ou à retourner à l'adresse :

**Centre Hospitalier Rives de Seine - Direction de la Qualité  
36, boulevard du Général Leclerc - BP 76 - 92205 NEUILLY - SUR - SEINE CEDEX**

**Nom - Prénom (facultatif) :**

**Date de prise en charge :**

**Age :**

## NEUILLY-SUR-SEINE

Néonatalogie	Pédiatrie	Maternité 4ème - Grossesses à risque	Maternité 2ème	Surveillance Continue
Spécialités médicales	Chirurgie	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	Chir ambulatoire et endoscopies	Gynécologie

## COURBEVOIE

SSR gériatrique	SSR Appareil Locomoteur	Hôpital de jour gériatrique	Médecine gériatrique	Hôpital de jour Rééducation fonctionnelle
-----------------	-------------------------	-----------------------------	----------------------	---

## VOTRE ACCUEIL

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas du tout satisfaisant(e)	Non concerné(e)
Repérage dans l'établissement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil par le bureau des admissions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente au bureau des admissions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil aux urgences :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans l'unité d'hospitalisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOS SOINS

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas du tout satisfaisant(e)	Non concerné(e)
En cas de douleur, l'efficacité de la prise en charge est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimité et dignité respectées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge médicale / sage-femme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge par le personnel soignant le jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge par le personnel soignant la nuit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions de vos transports en interne lors des examens :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUALITE DES RELATIONS DE L'ENSEMBLE DE L'EQUIPE

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas du tout satisfaisant(e)	Non concerné(e)
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE INFORMATION, VOS DROITS

	Oui	Non
Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y avez-vous trouvé les informations dont vous avez besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations médicales qui vous ont été communiquées sur votre état de santé étaient-elles claires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été informé(e) sur la personne de confiance (pédiatrie et néonatalogie non concernées) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que la confidentialité des informations médicales a été respectée pendant votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations concernant les traitements et examens vous ont-elles été données ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre consentement a-t-il été sollicité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations concernant votre sortie ont-elles été suffisantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires / Suggestions :**

## LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas du tout satisfaisant(e)	Non concerné(e)
Propreté de votre chambre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de votre chambre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme de votre chambre le jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme de votre chambre la nuit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect du régime alimentaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires / Suggestions :**

## APPRECIATION GENERALE

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas du tout satisfaisant(e)	Non concerné(e)
Appréciation globale à l'issue du séjour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bienveillance des professionnels à votre égard :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous des observations particulières / suggestions à nous adresser ?**

**Le questionnaire a été renseigné par :**

- Le patient  Autre (parent, proche, tuteur, etc.)