



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOPITAL SAINT FRANCOIS / EHPAD SAINT FRANCOIS

En remplissant ce document d'appréciation, vous nous aidez à améliorer la qualité de nos services. Chaque élément de réponse sera soigneusement exploité et tous commentaires et suggestions feront l'objet d'une étude attentive. Nous vous remercions pour le temps et l'attention que vous y consacrerez.

La Direction

Le séjour Vous êtes : Patient de l'établissement Proche d'un de nos patients
Chambre n° ____ Service : Médecine SSR USLD / EHPAD HDJ

Légende

Très bien



Insuffisant

L'accueil

Très bien Bien Moyen Insuffisant Non concerné

A l'accueil et au bureau des admissions
En service d'hospitalisation

Le livret d'accueil :

Oui Non

L'avez-vous lu

Les informations contenues dans le livret d'accueil vous-ont-elles été utiles

Les conditions de séjour vous ont-elles paru claires et compréhensibles

Vos soins

Très bien Bien Moyen Insuffisant Non concerné

Qualité des soins médicaux

Qualité des soins paramédicaux*
(infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes)

Information sur votre état de santé

Information sur les examens pratiqués

La prise en charge de la douleur

Le respect de votre intimité

La disponibilité du personnel

Vos relations avec le personnel

Très bien Bien Moyen Insuffisant

Avec les médecins

Avec le personnel paramédical*

Avec les agents hôteliers (services des repas, entretien des locaux)

Avec le personnel administratif (secrétariat médical, assistante sociale...)

Non concerné

Vos remarques sur ces thèmes

TSVP →

Les locaux	Très bien	Bien	Moyen	Insuffisant	Non concerné
Confort de votre chambre					
Qualité des équipements (TV, téléphone, sanitaires)					
Propreté de votre chambre					
Avez-vous trouvé les indications dans l'établissement (signalétique) :					

Les repas	Très bien	Bien	Moyen	Insuffisant	Non concerné
Présentation et qualité du service					
Qualité des repas					
Variété des menus					
Quantités servies					
→ Si moyen ou insuffisant, pour quelle raison ?	_____				
Température des repas 					

Vos remarques :

La fonction du personnel est-elle clairement identifiable : Oui Non

Votre sortie a-t-elle été bien organisée : Oui Non

→ Si non, pourquoi ? _____

Dans l'ensemble vous êtes :

- Très satisfait
- Satisfait
- Pas satisfait
- Mécontent

Conseilleriez-vous notre établissement :

- Oui
- Non

Pour quelles raisons conseillerez-vous notre établissement :

- Qualité des soins
- Relations avec le personnel
- Qualité des locaux
- Qualité de la chambre
- Qualité des repas

Remarques et/ou suggestions :

Votre identité (facultatif) : NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

Date :