

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION hp

Votre avis nous est précieux : Aidez-nous à améliorer la Qualité des soins et nos services. Ce questionnaire ne prendra que 5 minutes de votre temps.

Hospitalisation :

Chirurgie conventionnelle (2^{ème} étage)

Quelle spécialité ? :

Hospitalisation programmée

Chirurgie ambulatoire (1^{er} étage)*

Quelle spécialité ? :

Hospitalisation en urgence

Êtes-vous ? :

Un homme

Une femme

Qui remplit ? : Le patient

Un proche

Autre

Votre âge :

VOTRE ACCUEIL :

					N C
Le délai d'obtention de votre date d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de l'accueil téléphonique					
lors de votre admission dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations (amabilité, disponibilité, écoute...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalétique dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En Chirurgie ambulatoire*

Qualité accueil téléphonique pour votre RDV	<input type="checkbox"/>				
Qualité accueil Physique pour votre RDV	<input type="checkbox"/>				

Le Durée d'attente :

Bureaux des Admissions	<input type="checkbox"/>				
Urgences	<input type="checkbox"/>				
Imagerie Médicale	<input type="checkbox"/>				

Avez-vous reçu le livret d'accueil ? OUI NON

L'avez-vous lu ? OUI NON

Si NON pour quelle(s) raison(s) :

.....
.....

Le personnel s'est-il présenté OUI NON

LE BLOC OPERATOIRE :

Etes-vous satisfait du :

					N C
Mode d'accompagnement au bloc, votre arrivée « debout »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sécurité lors du transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le temps d'attente de votre arrivée au bloc à votre prise en charge

VOS DROITS A :

					N C
L'information claire sur votre état de santé	<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'informations sur les soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le rôle de la personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La démarche des directives anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'existence des représentants des usagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité et de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on recueilli votre consentement pour les soins et examens ?	OUI <input type="checkbox"/>			NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous reçu la visite d'un médecin ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	NC <input type="checkbox"/>	

VOTRE SORTIE

Vous a-t-on expliqué l'organisation de votre sortie (formalités, horaires, transports)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vous a-t-on remis une « lettre de liaison » à destination de votre médecin ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vous a-t-on expliqué vos traitements médicamenteux et leurs possibles effets indésirables?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vous a-t-on informé des dispositifs médicaux qui vous ont été implantés ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vous a-t-on expliqué les soins à pratiquer et précautions à prendre après votre sortie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

LES PRESTATIONS HOTELIERES

Qu'avez-vous pensez de:

					N C
La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du confort et du calme de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de vos repas / collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité de vos repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SATISFACTION GLOBALE

Recommanderiez-vous notre établissement de soins à un de vos proches :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

Avez-vous des remarques ?:

L'équipe du Centre Hospitalier « La PALMOSA » de MENTON vous remercie chaleureusement de votre participation

Le questionnaire une fois complété, est à remettre au personnel du service, à l'accueil ou à retourner par mail : secretariat.direction@ch-menton.fr ou par courrier : Centre Hospitalier « La Palmosa », 2 avenue Antoine Pégion – BP 189, 06507 MENTON CEDEX.