**Questionnaire de satisfaction du patient**

Madame, monsieur,

Dans le but d’améliorer davantage la qualité des soins et de séjour, nous vous serions reconnaissants de nous faire part de vos remarques et suggestions. N’hésitez pas à vous faire aider dans le remplissage de ce questionnaire par tout personnel de l’établissement.

La direction.

Lieu de séjour : Médecine SSR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | Très satisfait | Moyennement satisfait | Pas  satisfait |
| **À VOTRE ARRIVÉE** | | |  |
| L’accueil au sein de l’établissement | | |  |  |  |  |
| L’identification des différentes fonctions, professionnels (médecins, infirmières …) | | |  |  |  |  |
| L’information reçue à l’administration | | |  |  |  |  |
| Avez-vous été informé sur : | | |  |  | **OUI** | **NON** |
|  | La personne de confiance ? | |  |  |  |  |
|  | Vos directives anticipées ? | |  |  |  |  |
| Si oui : Avez-vous été satisfait de l’information reçue ? | | |  |  |  |  |
| Vous a-t-on remis un livret d’accueil ? | | |  |  |  |  |
| Commentaires :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..............................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| **PENDANT VOTRE SÉJOUR** | | |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Très satisfait | Moyennement satisfait | Pas satisfait | | Moyennement satisfait | Pas  satisfait |
| Pensez-vous avoir obtenu les  informations que vous souhaitiez concernant ? | | |  |
|  | Votre état de santé (votre maladie) | |  |  |  |  |
|  | Déroulement des soins apportés | |  |  |  |  |
|  | Votre traitement | |  |  |  |  |
| L’amabilité et la disponibilité du personnel dans le service (écoute, gentillesse, aide …) | | |  |  |  |  |
| Les soins reçus du personnel soignant | | |  |  |  |  |
| Les relations avec votre/vos médecins | | |  |  |  |  |
| La disponibilité de votre/vos médecins | | |  |  |  |  |
| La prise en charge de la douleur | | |  |  |  |  |
| Le respect de votre intimité/pudeur | | |  |  |  |  |
| Le respect de la confidentialité | | |  |  |  |  |
| Le temps d’attente appel sonnette | | |  |  |  |  |
| Les moyens de communications mis à disposition (TV – Téléphone – Journaux – Bibliothèque – courrier) | | |  |  |  |  |
| Le bruit dans le service | | |  |  |  |  |
| http://www.ville-bron.fr/images/upload/portfolio_img/Bruit-genant.gif | | Le jour |  |  |  |  |
|  | | La nuit |  |  |  |  |
| Les conditions de visites de vos proches (accueil, horaires, lieux de rencontre, …) | | |  |  |  |  |
|  | | |  | Très satisfait | Moyennement satisfait | Pas  satisfait |
| Les prestations hôtelières | | |  |
|  | | La qualité des repas |  |  |  |  |
| http://www.chambreavecvues.fr/wp-content/uploads/2012/03/Restauration_CAV.jpg | | La quantité des repas |  |  |  |  |
|  | | La variété des repas |  |  |  |  |
|  | | Le respect du régime et habitude alimentaire |  |  |  |  |
|  | | La température des plats |  |  |  |  |
| L’hygiène | | |  |  |  |  |
| http://labsaints.com/wp-content/uploads/hygiene-logo.jpg | | La propreté des locaux |  |  |  |  |
|  | | La propreté de votre chambre |  |  |  |  |
|  | | La propreté du linge |  |  |  |  |
| Le confort de votre chambre (Température-literie) | | |  |  |  |  |
| L’odeur dans le service | | |  |  |  |  |
| La prise en charge par le personnel | | | Non concerné |  |  |  |
|  | | Rééducation (Kinésithérapeute - ergothérapeute) |  |  |  |  |
|  | | Assistante sociale |  |  |  |  |
|  | | Psychologue |  |  |  |  |
|  | | Diététicienne |  |  |  |  |
|  | | Administratif |  |  |  |  |
| Commentaires :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................. | | | | | | |
| **À VOTRE SORTIE** | | | | | | |
| L’information reçue sur les médicaments à prendre | | |  |  |  |  |
| Les informations données pour assurer la continuité des soins (soins à domicile, régime, prochains RDV…) | | |  |  |  |  |
| L’organisation de la sortie | | |  |  |  |  |
| Commentaires :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................. | | | | | | |
| **SATISFACTION GLOBALE** | | |  |  |  |  |
| D’une manière générale, êtes-vous satisfait de votre prise en charge au sein de l’établissement ? | | |  |  |  |  |
| Remarques ou suggestions complémentaires : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | |

Nom et prénom (facultatif) : ……………………………………………….……………Date : ….……. / …………..... / ………………

Merci de votre participation.

Ce questionnaire est à remettre au personnel du service administratif, ou à déposer dans la boite aux lettres située au rez-de-chaussée à l’entrée du service administratif ou à adresser sous enveloppe à :

Hôpital Saint Jean - Association BAPTEROSSES Madame le Directeur,

31, boulevard LOREAU 45250, BRIARE

**Questionnaire de satisfaction du patient**

**Questionnaire de satisfaction du patient**