

• QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SERVICE :

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant la case de votre choix.



Très satisfait(e)



Assez satisfait(e)



Assez peu satisfait(e)



Pas du tout satisfait(e)

1 - Aux urgences de l'hôpital

Etes-vous passé(e) par les urgences de l'hôpital lors de votre dernière hospitalisation ?

Oui

Non

Passez à la question 2

Merci d'indiquer votre degré de satisfaction sur...

L'accueil qui vous a été réservé aux urgences

L'amabilité du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information de l'équipe sur votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge de la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 - Votre hospitalisation

Les différents personnels du service se sont présentés à vous en précisant leur nom, fonction...

Oui toujours ou presque
 Oui souvent
 Oui parfois
 Non jamais

Merci d'indiquer votre degré de satisfaction sur...

L'accueil qui vous a été réservé dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'amabilité du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect de votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect de la confidentialité des informations vous concernant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information reçue du médecin sur votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information reçue sur les résultats d'examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez pu questionner le médecin autant que vous le souhaitez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oui tout à fait Oui assez Non pas vraiment Non pas du tout

3 - Si vous avez passé un ou des EXAMENS en radiologie (radios, IRM, scanner) ?

Avez-vous passé un ou des EXAMENS en radiologie (radios, IRM, scanner) ?


Oui Non

Merci d'indiquer votre degré de satisfaction sur...

	moins de 10 mn	de 10 mn à 30 mn	de 30 mn à 1h	plus d'1h
Vous estimez le temps d'attente, dans le service de radiologie, avant la prise en charge à	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez attendu les brancardiers avant de retourner dans le service d'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





4 - Votre environnement / hôtellerie

Merci d'indiquer votre degré de satisfaction sur...

				
La propreté de votre chambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La température des plats (chauds ou froids) des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect de votre régime alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité des repas (goût)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les explications données par l'aide hôtelière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mise à disposition du téléphone et de la TV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans le service la nuit ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Oui beaucoup	Oui, un peu	Non pas vraiment	Non pas du tout

5 - Votre sortie

Merci d'indiquer votre degré de satisfaction sur...

				
Les informations données lors de votre sortie (explication de l'ordonnance, informations nécessaires à votre retour à domicile...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation de votre sortie (lien avec les différents intervenants à votre domicile...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 - Votre avis général sur cette hospitalisation

Recommanderiez-vous le service à vos proches (membres de la famille / amis / collègues) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10 signifiant que c'est « extrême probable » et 0 signifiant que ce n'est pas « pas du tout probable ».
Les notes intermédiaires servant à nuancer votre jugement.

7 - Informations vous concernant

Ce questionnaire a été rempli par : vous même
 votre parent ou un proche
 les deux (vous même et un proche)

Vous êtes :

Un homme Une femme

Votre année de naissance :

Le code postale de votre commune :

● Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions : ●

Merci de votre participation