

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET D'EXPERIENCE DES PATIENTS(ES) – SERVICE SMR

Votre avis nous est précieux !

Merci pour votre collaboration : vos réponses nous permettent d'envisager les futurs axes d'amélioration de notre Centre Hospitalier et de nous conforter dans ce qui est positif

Numéro de chambre (facultatif) :

Nom (facultatif) :

Très
satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas du tout
satisfaisant

NC



/

Quelle est votre impression :

| | | | | | | |
|---|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|
| 1 | Sur l'accès aux locaux (signalisation, accessibilité...) ? | | | | | |
| 2 | Sur votre accueil au service des admissions ? | | | | | |
| 3 | Sur le contenu du livret d'accueil ? | | | | | X |

Oui

Non

NC



/

Avez-vous été informé :

| | | | | |
|---|-------------------------------------------------|--|--|--|
| 4 | Sur le rôle de la personne de confiance ? | | | |
| 5 | Sur la démarche des directives anticipées ? | | | |
| 6 | Sur l'existence des représentants des usagers ? | | | |

Très
satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas du tout
satisfaisant

NC









/

Quelle est votre niveau de satisfaction :

| | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 7 | Sur les informations / explications concernant votre état de santé ? | | | | | |
| 8 | Sur le recueil de votre consentement pour les soins et les examens (hors cas d'urgence) ? | | | | | |
| 9 | Sur la prise en charge votre douleur ? | | | | | |
| 10 | Sur le respect de votre intimité (ex : portes fermées pendant les soins...) ? | | | | | |
| 11 | Sur les échanges/informations avec le médecin ? | | | | | |
| 12 | Sur l'information et le consentement à votre projet thérapeutique ? | | | | | |
| 13 | Sur l'information reçue par votre entourage sur votre projet thérapeutique (avec votre accord) ? | | | | | |
| 14 | Sur la prise en charge par l'équipe des rééducateurs ? | | | | | |
| 15 | Sur la prise en charge par la diététicienne ? | | | | | |
| 16 | Sur la prise en charge par l'assistante sociale ? | | | | | |
| 17 | Sur votre accueil dans le service ? | | | | | |
| 18 | Sur l'écoute des professionnels ? | | | | | |
| 19 | Sur la disponibilité de l'équipe ? | | | | | |

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET D'EXPERIENCE DES PATIENTS(ES) – SERVICE SMR

| | | Oui  | Non  | NC / |
|----|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 20 | Vous a-t-on remis et expliqué votre ordonnance de sortie ? | | | |
| 21 | Vous a-t-on remis le compte rendu d'hospitalisation ? | | | |
| 22 | Avez-vous pu échanger avec le médecin avant votre sortie ? | | | |
| 23 | Avez-vous vu l'assistante sociale pour préparer votre sortie ? | | | |
| 24 | Est-ce que votre projet de sortie est conforme à vos attentes ? | | | |

| | | Très satisfait  | Satisfait  | Peu satisfait  | Pas du tout satisfaisant  | NC / |
|----|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 25 | La chambre : Entretien ? | | | | | |
| 26 | La chambre : Confort ? | | | | | |
| 27 | La chambre : Télévision ? | | | | | |
| 28 | La chambre : Téléphone ? | | | | | |
| 29 | Restauration : Qualité ? | | | | | |
| 30 | Restauration Quantité ? | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 31 | Quelle est votre satisfaction globale sur votre niveau d'information durant votre séjour ? | | | | | |
| 32 | Votre avis sur la qualité générale de votre séjour ? | | | | | |
| 33 | Etes-vous globalement satisfait(e) de l'organisation de votre sortie ? | | | | | |

Votre impression générale de l'établissement ?

Suggestions et remarques (axes à améliorer & les points forts) ?

L'équipe du Centre Hospitalier de La Loupe vous remercie chaleureusement pour votre participation !

Merci de nous remettre ce questionnaire, idéalement lors de votre sortie :

- Après des personnels du service

Vous pouvez aussi nous le retourner par courrier ou email :

- Adresse : Service qualité - CH LA LOUPE - rue du Dr Morchoisne 28240 LA LOUPE
- Mail : qualite@ch-laloupe.fr