

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

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 ?			

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 :

- Auprès 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