

Questionnaire de satisfaction



CH Robert Bisson LISIEUX

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous espérons que votre séjour au Centre Hospitalier de Lisieux vous a donné satisfaction. Nous avons besoin de vos remarques afin d'améliorer la qualité de nos prestations.



Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre à ce questionnaire avant de quitter l'établissement et de le déposer dans la boîte réservée à cet effet dans le hall ou auprès des hôtesses d'accueil.

Nom du service

Nom (facultatif)

Date

L'accueil

 **Très bien**  **Bien**  **Moyen**  **Mauvais**

Avez-vous le sentiment d'avoir été bien accueilli ?

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Par le personnel médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Par le personnel soignant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Par le personnel administratif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vos observations et commentaires

.....
.....

La qualité des soins

Avez-vous eu des informations ?

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Sur votre état de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sur votre traitement et vos soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sur l'information communiquée à votre famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sur la durée de votre hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sur les conditions de votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vos observations et commentaires

.....
.....

Que pensez-vous de la qualité des soins ?

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Dans le service, le jour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Service Radio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Consultations Externes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kinésithérapeutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vos observations et commentaires

.....
.....

Selon vous l'ensemble du personnel



(Médecins, Cadres de Santé, Infirmières, Aides Soignantes, Agents des Services Hospitaliers) a-t-il été ?

	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais
• Compétent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respectueux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos observations et commentaires

.....

.....

A propos de la douleur

	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais
Votre douleur a-t-elle été prise en compte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre douleur a-t-elle été traitée rapidement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos observations et commentaires

.....

.....

Cadre de vie

Votre chambre

• Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insonorisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fonctionnement télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fonctionnement téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos observations et commentaires

.....

.....

Vos repas

• Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Présentation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Propreté de la vaisselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Régimes alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Choix des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos observations et commentaires

.....

.....

Votre appréciation d'ensemble



• Avez-vous été satisfait du contenu du livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quelle appréciation portez-vous sur votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des suggestions, critiques ou des compliments à formuler ?

.....

.....