CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE

Questionnaire de satisfaction et de recueil de l'expérience patient

Bonjour. Vous avez été hospitalisé(e) au sein de l'un de nos services de soins. Votre avis concernant votre séjour et la qualité des soins que vous avez reçus nous est précieux pour répondre à vos attentes et améliorer votre prise en charge. Nous vous remercions par avance de votre participation et du temps que vous accorderez au remplissage de ce questionnaire qui restera anonyme. Il vous suffira de le remettre à un professionnel du service ou dans la boîte aux lettres du service prévue à cet effet.







VOTRE CHAMBRE:	
Chambre individuelle	
Chambre double	

CE QUESTIONNAIRE EST REMPLI PAR :	
Le patient	
Un parent ou un proche	
Le patient avec un parent ou un proche	
Le patient avec un professionnel	

VOTRE SERVICE D'HOSPITALISATION:	
Médecine	
Médecine soins palliatifs	
SMR Rez-de-chaussée	
SMR 2ème étage	

VOTRE SATISFACTION				
Mettre une croix dans les cases de votre choix				
INFORMATION DONNÉE PAR LES MÉDECINS				
INFORMATION DONNÉE PAR LES PROFESSIONNELS NON MÉDICAUX (INFIRMIER(ÈRE)S, AIDES-SOIGNANT(E)S...)				
PRESTATIONS HÔTELIÈRES : CONFORT DE LA CHAMBRE, REPAS, TÉLÉPHONE, TÉLÉVISION...				
RESPECT DE VOTRE INTIMITÉ, DE VOTRE DIGNITÉ ET DE LA CONFIDENTIALITÉ				
PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR				
INTERVENTION DES BÉNÉVOLES (SI CONCERNÉ)				
SATISFACTION GLOBALE DE VOTRE PRISE EN CHARGE				

VOTRE EXPERIENCE PATIENT

AVEZ-VOUS REÇU SPONTANÉMENT DES EXPLICATIONS SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ, VOTRE TRAITEMENT, VOS SOINS…?

☐ JAMAIS ☐ PARFOIS ☐ SOUVENT ☐ TOUJOURS

AVEZ-VOUS PU PARTICIPER AINSI QUE VOS PROCHES AUX DÉCISIONS CONCERNANT VOS SOINS OU VOTRE TRAITEMENT ?

☐ JAMAIS ☐ PARFOIS ☐ SOUVENT ☐ TOUJOURS

DURANT VOTRE SÉJOUR, VOUS A-T-ON EXPLIQUÉ VOTRE PROJET DE SOINS ET DE RÉÉDUCATION ? (POUR LES PATIENTS DU SERVICE DE SMR) ?

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE ME SOUVIENS PLUS

QUE PENSEZ-VOUS DE L'AIDE REÇUE POUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE COURANTE (AIDE POUR LES REPAS, POUR L'HABILLAGE, LE DÉSHABILLAGE, À L'INSTALLATION …?)

☐ MAUVAISE ☐ FAIBLE ☐ BONNE ☐ EXCELLENTE

LES PROFESSIONNELS ONT-ILS PARLÉ DEVANT VOUS COMME SI VOUS N'ÉTIEZ PAS LÀ ?

☐ JAMAIS ☐ PARFOIS ☐ SOUVENT ☐ TOUJOURS

QUE PENSEZ-VOUS DE LA FAÇON DONT VOTRE SORTIE A ÉTÉ ORGANISÉE (ANNONCE DE LA DATE DE SORTIE, DESTINATION… ?

☐ MAUVAISE ☐ FAIBLE ☐ BONNE ☐ EXCELLENTE

AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR LES MÉDICAMENTS À PRENDRE APRÈS VOTRE SORTIE (DOSAGE, HORAIRES, EFFETS INDÉSIRABLES…) ?

☐ OUI ☐ NON ☐ JE N'AVAIS PAS DE MÉDICAMENTS À PRENDRE APRÈS MA SORTIE

AVEZ-VOUS ÉTÉ INFORMÉ(E) DE L'EXISTENCE DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS DE L'ÉTABLISSEMENT ?

☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE ME SOUVIENS PLUS

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS AUJOURD'HUI PAR RAPPORT AU JOUR DE VOTRE ADMISSION ?

(1 SIGNIFIE « BEAUCOUP PLUS MAL » ET 10 SIGNIFIE « BEAUCOUP MIEUX »)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires :

Merci