

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

« Pour améliorer la qualité de nos prestations, votre avis compte »

Ce questionnaire est à destination des patients séjournant au sein du service des urgences du CHIPC.

Il permet de recueillir votre niveau de satisfaction concernant certains aspects de votre séjour, afin que nous puissions améliorer continuellement la qualité de nos prestations.

Nous vous invitons à donner votre appréciation au travers ce questionnaire puis à le remettre soit




- à un agent du service ou au secrétariat
- dans la boîte aux lettres des urgences ou celle du hall d'entrée de l'hôpital.





Service des urgences

Votre nom (facultatif) :

Date de votre sortie : / /





Votre appréciation

Totalement satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Non concerné
				✓





Votre accueil					✓ Non concerné
L'accessibilité au service des urgences (Transport, parking)					
La signalisation de l'accès aux urgences					
Votre accueil par le personnel au bureau des entrées					
Votre accueil aux urgences (amabilité, écoute)					
La remise personnalisée du livret d'accueil					
La clarté du contenu des informations du livret d'accueil					
L'Information sur vos droits en tant que patient					
L'information sur l'existence des représentants des usagers					
Vos commentaires et suggestions					





Votre délai de prise en charge

Quel temps s'est écoulé entre votre accueil par l'infirmier et la prise en charge par le médecin ?	<input type="checkbox"/> moins de 5 minutes	<input type="checkbox"/> moins de 20 minutes
	<input type="checkbox"/> plus de 20 minutes à une heure	<input type="checkbox"/> plus d'1 heure .Précisez.....

Votre séjour et confort					✓ Non concerné
L'horaire de visite pour vos proches					
La propreté de votre chambre est					
La température ambiante de votre chambre					
Le confort de votre chambre					
La tranquillité de votre chambre					
La qualité de la nourriture servie					
La variété des plats servis					
Les repas proposés pour vos accompagnants					
Le service de télévision proposé					
Vos commentaires et suggestions					

Vos soins et vos relations avec le personnel soignant						✓ Non concerné
L'explication reçue spontanément sur votre état de santé						
La clarté de la réponse à vos questions posées aux médecins						
La prise en compte de votre consentement dans la prise de décisions						
L'information sur le déroulement de vos examens						
L'écoute dont vous avez bénéficié						
Le soutien du personnel qui vous a pris en charge						
Le respect de la confidentialité et du secret professionnel						
La qualité de vos soins reçus						
La disponibilité du personnel soignant pour les activités courantes (se laver, se déplacer)						
L'évaluation de la prise en charge de votre douleur						
La prise en compte de vos appréhensions						
La prise en charge de votre inconfort lié à votre maladie ou traitement						
Le respect de votre intimité						
Le respect de votre dignité						
Le respect de vos convictions						
Le transport (Brancardage, transport de véhicule)						
L'identification du personnel (badge, présentation)						
Vos commentaires et suggestions						

Votre retour à domicile						✓ Non concerné
La façon dont a été organisée votre sortie/transfert (annonce de la date, destination)						
L'information sur vos médicaments après votre passage aux urgences (posologie, horaires ...)						
L'information sur la reprise de vos activités						
L'information sur les signes de complication pour lesquelles seriez amené à nous recontacter						
L'information donnée pour le suivi après votre sortie/transfert						
L'organisation administrative de votre sortie/transfert						
Vos commentaires et suggestions						

Votre satisfaction						✓ Non concerné
Dans l'ensemble, votre impression sur votre séjour						
Recommanderiez-vous le service des Urgences à un de vos proches ?	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON			
Si vous deviez de nouveau être hospitalisé, reviendrez-vous dans cet établissement ?	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON			

Quels sont les points sur lesquels vous souhaitez que le service des Urgences apporte des modifications ou des améliorations :

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.