

# Votre avis est essentiel

08-IM-07 Indice 10

Etiquette Patient

NOM : .....  
Chambre : .....  
Service : .....

**Participez à notre démarche d'amélioration des pratiques en nous faisant part de vos appréciations.**

Nous y porterons une attention particulière.

Le questionnaire étant numérisé, veuillez cocher ou noircir l'**INTERIEUR** des cercles et le déposer dans la boîte aux lettres du bureau des sorties.

**Légende :** ++ = Très satisfait + = Satisfait - = Insatisfait -- = Très insatisfait

## L'accueil

Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil à votre arrivée (amabilité, orientation, ...) ?

par la secrétaire	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
par l'infirmière	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
par l'aide soignant(e)	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --

## Le personnel

Etes-vous satisfait(e) de l'attention du personnel ?

les soignants de jour	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
les soignants de nuit	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
les secrétaires	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
les agents de restauration en chambre	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
les agents de restauration en salle	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
les agents de nettoyage	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
les kinésithérapeutes	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
les médecins	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --

Lors de vos appels, avez-vous le sentiment de déranger :

le personnel de jour	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
le personnel de nuit	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui

## Votre environnement

Avez-vous été satisfait(e) :

de l'équipement de votre chambre	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
des prestations annexes (télévision, TV, ...) de votre chambre	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
de l'environnement extérieur de l'établissement	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --

Avez-vous été gêné(e) par :

des nuisances sonores	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
des odeurs désagréables	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui

## L'hygiène

Comment avez-vous jugé :

l'hygiène de votre chambre	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
l'hygiène de l'établissement	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --
la qualité du linge fourni (literie...)	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> --

