

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION E3S

VOTRE QVIS EST ESSENTIEL

Le questionnaire étant numérisé,
veuillez cocher ou noircir l'INTÉRIEUR des cercles.

À déposer dans la boîte aux lettres du bureau des sorties

Nom et prénom :

Chambre :

Pathologie : Rachis Genou Hanche

Autre, précisez :

L'ACCUEIL

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

Par la secrétaire	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Par l'infirmière	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Par l'aide soignant(e)	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait

LE PERSONNEL

2. Êtes-vous satisfait(e) de l'attention du personnel :

Les soignants de jour	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Les soignants de nuit	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Les secrétaires	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Les agents de restauration en chambre	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Les agents de restauration en salle	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Les agents de nettoyage	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Les kinésithérapeutes	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Les médecins	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait

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

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

4. Comment jugez-vous votre prise en charge par les brancardiers :

A votre arrivée	<input type="radio"/> Excellente	<input type="radio"/> Bonne	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvaise
Vers la radiologie	<input type="radio"/> Excellente	<input type="radio"/> Bonne	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvaise

LA CHAMBRE

5. Avez-vous été satisfait(e) :

De l'équipement	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait
Des prestations annexes (télévision, TV...)	<input type="radio"/> Très satisfait	<input type="radio"/> Satisfait	<input type="radio"/> Peu satisfait	<input type="radio"/> Non satisfait

6. Avez-vous été gêné(e) par :

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

L'HYGIÈNE

7. Comment avez-vous jugé :

L'hygiène de votre chambre	<input type="radio"/> Excellente	<input type="radio"/> Bonne	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvaise
L'hygiène de l'établissement	<input type="radio"/> Excellente	<input type="radio"/> Bonne	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvaise
La qualité du linge fourni (literie, ...)	<input type="radio"/> Excellente	<input type="radio"/> Bonne	<input type="radio"/> Passable	<input type="radio"/> Mauvaise

8. Avez-vous été gêné(e) par :

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

LA RESTAURATION

9. Comment avez-vous jugé la qualité des repas :

- | | | | | |
|----------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Petit déjeuner | <input type="radio"/> Excellente | <input type="radio"/> Bonne | <input type="radio"/> Passable | <input type="radio"/> Mauvaise |
| Déjeuner | <input type="radio"/> Excellente | <input type="radio"/> Bonne | <input type="radio"/> Passable | <input type="radio"/> Mauvaise |
| Dîner | <input type="radio"/> Excellente | <input type="radio"/> Bonne | <input type="radio"/> Passable | <input type="radio"/> Mauvaise |

10. Comment avez-vous jugé la quantité des repas :

- | | | | | |
|----------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Petit déjeuner | <input type="radio"/> Excellente | <input type="radio"/> Bonne | <input type="radio"/> Passable | <input type="radio"/> Mauvaise |
| Déjeuner | <input type="radio"/> Excellente | <input type="radio"/> Bonne | <input type="radio"/> Passable | <input type="radio"/> Mauvaise |
| Dîner | <input type="radio"/> Excellente | <input type="radio"/> Bonne | <input type="radio"/> Passable | <input type="radio"/> Mauvaise |

11. La présentation des repas vous a-t-elle parue : Excellente Bonne Passable Mauvaise

12. Votre régime (médical ou autre) a-t-il été respecté de manière : Excellente Bonne Passable Mauvaise

LES SOINS

13. Les délais d'attente aux appels (sonnette) ont-ils été :

- | | | |
|---------|--------------------------------|----------------------------------|
| De jour | <input type="radio"/> Corrects | <input type="radio"/> Trop longs |
| De nuit | <input type="radio"/> Corrects | <input type="radio"/> Trop longs |

14. Les soins dispensés vous ont-ils satisfaits :

- | | | |
|---------|---------------------------|---------------------------|
| De jour | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| De nuit | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

15. Avez-vous toujours été satisfait(e) du respect de votre intimité lors des toilettes et soins ?
 Toujours Généralement Rarement Jamais

16. Avez-vous toujours été satisfait(e) des informations dispensées par le médecin sur votre état de santé et sur vos traitements et soins ?
 Très satisfait Satisfait Peu satisfait Non satisfait

17. Avez-vous toujours été satisfait(e) du respect de la confidentialité de vos informations ?
 Très satisfait Satisfait Peu satisfait Non satisfait

VOTRE DOULEUR

18. Estimez-vous que votre douleur a été soulagée de manière efficace ? Oui Non

L'ÉQUIPE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

19. Êtes-vous satisfait(e) des soins de rééducation qui vous ont été prodigués ?
 Très satisfait Satisfait Peu satisfait Non satisfait

APPRÉCIATION GÉNÉRALE

20. D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre séjour ?
 Très satisfait Satisfait Peu satisfait Non satisfait

21. Conseilleriez-vous notre établissement à vos proches ?
 Oui Non

Vos observations ou suggestions éventuelles :

.....

.....

.....