

COMMENTAIRE GÉNÉRAL

AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS D'AMELIORATION ?

Merci pour votre participation  
Le Département Qualité et Gestion des Risques



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION  
PATIENT / RESIDENT

Réf : ADMI-QUA-satisfaction  
N° article :  
Validation : CDU -Qualite  
Date : Décembre 2017

***Ce questionnaire est à compléter lors de votre sortie d'hospitalisation.  
Les réponses obtenues et vos commentaires contribueront à l'amélioration de la qualité des soins.  
Une fois rempli, vous pouvez le remettre aux soignants ou bien l'adresser au :  
Département Qualité et Gestion des Risques du GHSV –Clinique de la Toussaint –  
11, rue de la Toussaint, 67 000 Strasbourg***

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Clinique :	<input type="checkbox"/> Sainte-Anne	<input type="checkbox"/> Sainte-Barbe	<input type="checkbox"/> Saint-Luc	Toussaint	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> EHPAD du Parc	<input type="checkbox"/> EHPAD Saint Luc	<input type="checkbox"/> EHPAD Toussaint		
Service d'hospitalisation :				Votre nom (facultatif) :	
Date d'entrée :				Votre âge :	
Nombre de jours d'hospitalisation :				Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

QUELLE EST VOTRE APPRÉCIATION GLOBALE CONCERNANT VOTRE SÉJOUR ?

Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

QUE PENSEZ-VOUS DU FLÉCHAGE :				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
dans la clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dans les services de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÊTES-VOUS SATISFAIT DE L'ACCUEIL QUE VOUS AVEZ REÇU :					Non concerné
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant	<input type="checkbox"/>
Au standard / admissions de la clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au service de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUE PENSEZ-VOUS DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LE LIVRET D'ACCUEIL ?				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENT S'EST PASSÉ L'ACCUEIL DE VOTRE FAMILLE OU DE VOS PROCHES ?					Non concerné
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOTRE PRISE EN CHARGE AU SERVICE DE SOINS

**AVEZ-VOUS PU IDENTIFIER VOS INTERLOCUTEURS ?**  Oui  Non

**SI NON, POURQUOI ?**

ETES-VOUS SATISFAIT DE LA QUALITÉ DES SOINS DELIVRÉS ? :					Non concerné
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant	
Pour les soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les soins infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES MÉDECINS ONT-ILS ÉTÉ A L'ECOUTE DE VOS QUESTIONS ?					Non concerné
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVEZ-VOUS PARTICIPÉ AUX DÉCISIONS CONCERNANT VOS SOINS OU VOTRE TRAITEMENT ?					Non souhaité
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'EQUIPE SOIGNANTE S'EST-ELLE MONTRÉE SUFFISAMMENT DISPONIBLE ?					Non concerné
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE DOULEUR A-T-ELLE ÉTÉ SUIVIE :					Non concerné
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant	
Par les médecins ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-elle été soulagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-elle été réévaluée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS AUTRES SOURCES D'INCONFORT ONT-ELLES ÉTÉ ENTENDUES (ex :nausée, anxiété, vertiges...) :					Non concerné
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE INTIMITÉ A-T-ELLE ÉTÉ RESPECTÉE ?				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SITUATION A-T-ELLE ÉTÉ TRAITÉE DE FAÇON CONFIDENTIELLE ?				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOTRE CHAMBRE ET LE SERVICE HÔTELIER

CONCERNANT VOTRE CHAMBRE / BOX, ÊTES-VOUS SATISFAIT DE :				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
Son confort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa propreté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du linge de lit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU NIVEAU DES REPAS,OU DES COLLATIONS, ETES-VOUS SATISFAIT DE :				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
La qualité des produits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité servie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des goûts et habitudes alimentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOTRE SORTIE DE L'ETABLISSEMENT

QUELLE EST VOTRE APPRÉCIATION SUR L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE ?				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LORS DE VOTRE SORTIE, VOUS A-T-ON BIEN INFORMÉ SUR :				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
Le traitement à prendre après l'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les examens et/ou les consultations pour votre suivi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La reprise de vos activités après l'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les signes ou les complications qui doivent vous faire recontacter le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LORS DE VOTRE SORTIE, VOUS A-T-ON REMIS ET EXPLIQUÉ :				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	À améliorer	Insuffisant
Une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une ordonnance pour votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMMANDERIEZ-VOUS NOTRE ÉTABLISSEMENT A L'UN DE VOS PROCHES ?				
	Oui, certainement	Oui, sans doute	Plutôt pas	Certainement pas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>