

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN

Date : ...../...../.....

Le livret d'accueil de l'hôpital vous a-t-il paru clair et compréhensible  oui  Non  Non remis

Service(s) d'Hospitalisation du site de Meaux :

<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Gastro entérologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie
<input type="checkbox"/> Chirurgie gynécologique	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
<input type="checkbox"/> Chirurgie Ophtalmologique	<input type="checkbox"/> Hémodialyse	<input type="checkbox"/> Réanimation
<input type="checkbox"/> Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Réanimation néonatale
<input type="checkbox"/> Chirurgie Urologique	<input type="checkbox"/> Médecine diabétologie	<input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> EHPAD
<input type="checkbox"/> Chirurgie Vasculaire et Thoracique	<input type="checkbox"/> MPR	<input type="checkbox"/> UHTCD
<input type="checkbox"/> Chirurgie Viscérale et Digestive	<input type="checkbox"/> Néphrologie - Rhumatologie	<input type="checkbox"/> Unité Surveillance Continue
<input type="checkbox"/> Chirurgie ORL	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> USLD
<input type="checkbox"/> Chirurgie Stomatologie	<input type="checkbox"/> Pédiatrie	<input type="checkbox"/> Court Séjour Gériatrique

### VOTRE ACCUEIL / ADMISSION

Très insatisfaisant / Insatisfaisant / Satisfaisant / Très Satisfaisant / NC

L'accueil dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La signalétique (panneaux pour s'orienter dans l'hôpital)	<input type="checkbox"/>				
Les facilités d'accès au parking	<input type="checkbox"/>				
La propreté dans l'hôpital en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### VOTRE SÉJOUR

Très Insatisfaisant / Insatisfaisant / Satisfaisant / Très satisfaisant / NC

La propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La température de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>				
La tranquillité dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les services proposés (TV / téléphone /autres)	<input type="checkbox"/>				
La qualité du linge fourni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### VOTRE PRISE EN CHARGE

Les professionnels de santé se présentent-ils avant de vous prendre en charge ? ...  Oui  Non  
 Si non, arrivez vous facilement à les identifier (*infirmier, médecin, aide soignant... ?*)  Oui  Non

Très Insatisfaisant / Insatisfaisant / Satisfaisant / Très Satisfaisant / NC

La prise en charge par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les soins réalisés par les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'écoute et la disponibilité des professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le respect de la confidentialité de vos informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>				

## VOTRE INFORMATION

Vous a-t-on informé de la possibilité de désigner une personne de confiance ? (cf livret d'accueil) ?  Oui  Non

A votre arrivée : Vous a-t-on demandé le nom de la personne à prévenir ?  Oui  Non

**Très Insatisfaisant / Insatisfaisant / Satisfaisant / Très Satisfaisant / NC**

L'information orale par le médecin (Claire, compréhensible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'information orale par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'information orale par le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'information concernant votre traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>				

## VOTRE SORTIE

Vous a-t-on remis une lettre de liaison (Destinée à votre médecin traitant)  Oui  Non

**Très Insatisfaisant / Insatisfaisant / Satisfaisant / Très Satisfaisant / NC**

L'organisation de votre sortie en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les consignes pour votre suivi après hospitalisation (Prescription médicaments, examens, rdv, ...)	<input type="checkbox"/>				
Globalement, comment jugeriez-vous votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Votre suggestion pour améliorer la qualité de la prise en charge au sein de l'hôpital :

.....

.....

.....

.....

**Merci d'avoir consacré un peu de votre temps à remplir ce questionnaire et  
de le remettre à un personnel du service d'hospitalisation dans l'enveloppe prévue à cette effet ou de l'envoyer par  
courrier :**

**Grand Hôpital de l'Est Francilien – Site de Marne-la-Vallée- Direction des relations avec les usagers  
2-4 cours de la Gondoire 77600 JOSSIGNY**