

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

POUR AMELIORER L'ACCUEIL ET LA QUALITE DES SOINS, VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge au Centre Hospitalier de Meaux, il est important que vous nous communiquiez vos appréciations.

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre aux questions ci-dessous (*vos réponses resteront anonymes et confidentielles*).

Pour chaque question, cochez la case qui correspond à votre niveau d'appréciation

1 VOTRE ENTREE AU CENTRE HOSPITALIER

Période d'hospitalisation :

Service d'hospitalisation :

Chambre à : 1 lit 2 lits 3 lits 4 lits

Etes-vous entré(e) à l'hôpital (*ne cochez qu'une seule case*) : par les Urgences directement dans le service d'hospitalisation

2 VOTRE ADMISSION

Avez-vous trouvé :	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant
5 - L'accueil aux Urgences (<i>si vous y êtes passé</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - L'accueil dans le service où vous êtes hospitalisé (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Le déroulement des formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - La signalisation dans l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Un livret d'accueil vous a-t-il été remis à votre arrivée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
10 - Si oui, vous a-t-il paru clair et compréhensible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

3 L'IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS

Trouvez-vous l'identification :	Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Plutôt insatisfaisante	Très insatisfaisante
11 - Des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Du personnel soignant et administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 LES SOINS

Estimez-vous :	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant
13 - Les informations fournies par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Les soins réalisés par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Les informations fournies par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Les soins réalisés par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouvez-vous :				
17 - Les précautions prises pour respecter votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - L'accueil lors des examens complémentaires (<i>radiologie, scanner, IRM, explo. cardiaque, etc</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - La disponibilité des médecins pour vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - La prise en compte de votre avis pour les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

5 VOTRE CONFORT

Comment évaluez-vous :

	Non concerné	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant
22 - Le confort de la chambre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - La propreté de la chambre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - La température ambiante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Le niveau de bruit dans la journée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Le niveau de bruit pendant la nuit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - La qualité des repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - La quantité de nourriture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous trouvé :

29 - Les démarches pour obtenir le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - Les démarches pour obtenir la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 EN CONCLUSION

	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant
31 - Comment jugez-vous l'ambiance générale du service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 - Avez-vous des suggestions ou des critiques à nous adresser ?				
.....				
.....				
.....				

7 POUR MIEUX VOUS CONNAITRE *(Facultatif)*

- 33 - Etes-vous déjà venu(e) au Centre Hospitalier de Meaux ? oui non
- 34 - Avez-vous déjà été hospitalisé(e) dans l'hôpital ? oui non
- Si oui, combien de fois ? 1 2 ou 3 plus de 3
- 36 - Depuis combien de jours êtes-vous hospitalisé(e) ?
- 37 - De quel sexe êtes-vous ? masculin féminin
- 38 - Quel âge avez-vous ?
- 39 - Si nécessaire, seriez-vous prêt(e) à revenir à l'hôpital de Meaux : oui non ne sais pas
- 40 - Pourquoi avez-vous choisi l'hôpital de Meaux (*cochez une seule réponse*) : personnel conseillé par l'entourage
- conseillé par un médecin traitant pour sa proximité géographique autre :
- 42 - Quel est le code postal de votre lieu d'habitation? | | | | | | |
- 43 - Quelle profession exercez-vous ? agriculteur ouvrier retraité employé
- cadre prof. libérale prof. artistique sans activité professionnelle (*étudiant, demandeur d'emploi...*)
- artisan, commerçant, chef d'entreprise profession intermédiaire (*instituteur, prof. santé, technicien...*)

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE ET DE LE RETOURNER À LA DIRECTION GÉNÉRALE (enveloppe ci-jointe)

Direction de la Stratégie, des Affaires Médicales et de la Qualité - Centre Hospitalier de Meaux - Septembre 2008