



Questionnaire complété par : Le patient Le patient avec un proche Un parent ou un proche

Service : SSR Médecine

Date de sortie (prévue) :

VOTRE ARRIVEE A L'HOPITAL :

	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait
L'accueil au bureau des entrées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil dans le service :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le livret d'accueil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS RELATIONS AVEC L'EQUIPE

Le personnel s'est-il présenté ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Avez-vous identifié clairement les fonctions des personnels du service ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait	
La disponibilité du personnel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vos relations avec les médecins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vos relations avec l'équipe soignante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LA QUALITE DES SOINS REÇUS :

	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait
Les soins reçus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information donnée sur votre état de santé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur vos traitements médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA DOULEUR :

Avez-vous eu des douleurs pendant l'hospitalisation :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
	Très satisfait et satisfait	Moyennement Satisfait	Peu ou pas satisfait	
Si oui la prise en charge de la douleur est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VOTRE ENVIRONNEMENT :

Très satisfait et satisfait Moyennement Satisfait Peu ou pas satisfait

Votre chambre et son environnement :

Le confort de votre chambre :

La propreté de votre chambre :

La qualité du linge :

Le calme et le silence :

**Les services proposés :
(Si vous avez choisi d'en bénéficier)**

La télévision :

Le téléphone :

Les repas :

La qualité des repas :

La quantité :

La température des plats :

La variété des menus :

Les horaires des repas :

Les visites :

Les conditions d'accès et de stationnement :

Les horaires de visite :

VOTRE SORTIE :

Si vous avez été transféré vers un autre établissement, avez-vous été satisfaits ? Oui Non

A-t-elle été préparée avec vous et / ou votre entourage ? Oui Non

Avez-vous été prévenu(e) à temps ? Oui Non

VOS IMPRESSIONS GENERALES SUR L'HOPITAL :

Le recommanderiez-vous à un proche ?
Oui Non

Dans l'ensemble, êtes-vous :
Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait

Vos suggestions et attentes :
