

Questionnaire de Satisfaction de votre séjour

Dans le but de nous aider à améliorer la qualité de votre prise en charge et pour mieux répondre à vos besoins, merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire

Ce questionnaire est destiné à être scanné, merci de bien vouloir renseigner ce document au stylo à encre noire, selon les consignes ci-contre. Merci de ne pas utiliser de ruban correcteur.

Consignes scanner



Etablissement CH Saintonge

CH St Jean d'Angély

Service d'hospitalisation

Age 0-18 ans 19-40 ans 41-60 ans 61-80 ans 81 ans et +

Oui

Non

Non
concerné

L'accès à l'établissement :

J'ai trouvé facilement l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai trouvé rapidement une place de stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au sein de l'hôpital, j'ai pu m'orienter facilement et rapidement (trouver les urgences, les lieux de consultations, le service...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La qualité de l'accueil et les informations reçues à votre arrivée

J'ai attendu au moment de la prise en charge aux urgences :

J'ai attendu au moment de la prise en charge aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si attente aux urgences, j'ai été informé(e) d'un délai d'attente

J'ai été accueilli(e) avec amabilité (sourire, écoute, ...) par :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'agent d'accueil (hall, urgences, services...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'agent des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La secrétaire médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le personnel paramédical du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le personnel médical du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'agent des admissions qui m'a reçu(e) m'a expliqué :

Où je devais aller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les documents que je devais fournir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ce que je devais payer au moment de ma sortie ou après la consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les prestations hôtelières à ma disposition (chambre seule, TV, wifi...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La qualité de la prise en charge et le respect des droits du patient

Le personnel médical et paramédical selon son domaine de compétence m'a expliqué :

Ma maladie, mon état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les choix possibles pour le traitement médical et/ou chirurgical me concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les éventuelles conséquences sur ma vie future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les éventuelles conséquences sur mon environnement (famille, travail...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Oui Non Non concerné

Le personnel médical et/ou paramédical :

A répondu dans un délai acceptable pour moi lors de mes appels (sonnette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A traité efficacement ma douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le personnel médical et paramédical a été respectueux :

Des règles de politesse (vouvoiement, Madame/Monsieur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mes croyances, mes convictions religieuses et philosophiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mon intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des règles de confidentialité durant mon séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le personnel médical du service a été :

A l'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le personnel paramédical du service a été :

A l'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Transport adapté à mes besoins

J'ai bénéficié d'un examen en externe (dans un autre hôpital, une clinique...) lors de mon hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, je suis satisfait(e) de la prestation des ambulanciers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les prestations hôtelières



Propreté de la chambre et des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des locaux communs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas et collations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations TV / WIFI / Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conciergerie (Happytal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appréciation globale

Recommanderiez-vous notre hôpital à l'un de vos proches en cas de besoin ? Oui Non

Si vous deviez noter votre niveau de satisfaction global concernant votre hospitalisation entre 1 et 10 :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vos commentaires et suggestions :

Merci de l'attention que vous avez porté à ce questionnaire de satisfaction. Veuillez le déposer complété dans la boîte prévue située à proximité du secrétariat de votre unité d'hospitalisation ou proche de la sortie du hall d'accueil.

Les résultats annuels sont consultables dans le hall d'accueil et sur notre site internet : www.ch-saintonge.fr

