

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



CENTRE
HOSPITALIER
Sainte-Foy-lès-Lyon

Aidez-nous à vous satisfaire !

Afin de répondre au mieux à vos besoins et à ceux des futures hospitalisées, nous vous serons reconnaissants de prendre quelques minutes pour commenter votre séjour en remplissant l'enquête ci-dessous.

Nous vous assurons que les informations recueillies resteront confidentielles.

Votre opinion est une aide précieuse afin de nous aider à améliorer nos services et nos soins.

1. VOTRE SERVICE D'HOSPITALISATION

☐ Maternité

☐ Gynécologie

VOTRE APPRÉCIATION SUR L'ACCUEIL

Très
satisfaisant

Satisfaisant

Insatisfaisant

Très
insatisfaisant

Sans
opinion

2. Au bureau des entrées

☐☐☐☐☐

3. Dans le service

☐☐☐☐☐

VOTRE APPRÉCIATION SUR LE SÉJOUR

Très
satisfaisant

Satisfaisant

Insatisfaisant

Très
insatisfaisant

Sans
opinion

4. Sur le confort de la chambre

☐☐☐☐☐

5. Sur la prestation TV et téléphone

☐☐☐☐☐

6. Sur l'état de propreté des locaux

☐☐☐☐☐

7. Sur la propreté et l'hygiène du linge

☐☐☐☐☐

8. Sur la qualité de la nourriture

☐☐☐☐☐

9. Sur la quantité des repas

☐☐☐☐☐

10. Sur la variété des repas

☐☐☐☐☐

11. Sur le respect de l'intimité

☐☐☐☐☐

12. Sur le bruit

☐☐☐☐☐

VOTRE APPRÉCIATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET DES SOINS	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	Sans opinion
13. Sur la qualité de la prise en charge par l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sur la qualité de la prise en charge par l'équipe médicale	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sur la prise en charge de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE APPRÉCIATION SUR LE PERSONNEL	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	Sans opinion
16. Sur l'identification du personnel	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sur la disponibilité de l'équipe soignante de jour	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sur la disponibilité de l'équipe soignante de nuît	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sur la disponibilité de l'équipe médicale	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sur l'attention et l'amabilité du personnel	☐	☐	☐	☐	☐
21. Sur le service social	☐	☐	☐	☐	☐

VOTRE APPRECIATION SUR L'INFORMATION REÇUE	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant	Sans opinion
22. Sur la maladie ou le diagnostic	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sur le traitement donné	☐	☐	☐	☐	☐
24. Sur les examens pratiqués	☐	☐	☐	☐	☐
25. Sur la durée du séjour	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sur les formalités de sortie	☐	☐	☐	☐	☐
27. Sur le respect de la confidentialité des informations	☐	☐	☐	☐	☐

QUE SOUHAITERIEZ-VOUS COMMUNIQUER ?

Nom (facultatif):

Prénom (facultatif) :

Chambre N° :

Date :

Merci pour votre participation