

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

### Hospitalisation complète

Date : .....

IDENTITÉ (facultatif) :

Nom : .....

Prénom : .....

PRISE EN CHARGE EN :

Cardiologie - 1 Nord

Neurologie - 2 Nord

Orthopédie infectieux - 3 Nord

Médecine polyvalente ORL - 4 Nord

Orthopédie traumatologie - 2 Est

Pneumologie - 3 Est

Médecine polyvalente à orientation oncologique - 4 Est

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant la case de votre choix



Très satisfait



Plutôt satisfait



Plutôt pas satisfait



Pas du tout satisfait

#### COMMENT JUGEZ-VOUS ?

##### Votre accueil

- L'accueil et les informations du personnel administratif
- L'admission dans le service
- La facilité des démarches administratives
- La clarté des informations contenues dans le livret d'accueil
- La clarté de la signalétique au sein de l'établissement



##### Votre prise en charge

- Votre participation à l'élaboration de votre projet de soins
- La prise en charge par les soignants
- La prise en charge par les rééducateurs
- La prise en charge par les médecins
- La prise en charge par les assistantes sociales, diététiciennes, psychologues
- La prise en compte de votre douleur
- L'écoute et la disponibilité des professionnels
- Le respect de vos droits (confidentialité, intimité, dignité)
- La clarté et la spontanéité des informations sur votre état de santé, les soins et traitements
- La prise en compte de votre avis dans les décisions médicales



##### La restauration

- La qualité des repas servis
- Avez-vous déjeuné :
  - en salle à manger
  - dans votre chambre



