

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter le questionnaire ci-après.

Ce questionnaire est **anonyme** et **confidentiel** ; il a pour objectif de comprendre vos attentes et de nous améliorer dans l'accompagnement que nous vous proposons.

Il est donc important pour nous que vous vous exprimiez librement sur ce qui vous a satisfait ou non satisfait durant votre séjour.

**Pour toutes questions complémentaires, vous pouvez vous adresser à l'équipe qualité via l'adresse mail suivante : [demandes-usagers@ch-rivesdeseine.fr](mailto:demandes-usagers@ch-rivesdeseine.fr)**

Nous vous remercions pour votre aide.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Une fois complété, vous pouvez nous faire parvenir ce questionnaire soit :**

- en le remettant à un membre de l'équipe soignante
- en le déposant dans la boîte aux lettres « Questionnaire de satisfaction et expérience patient » située à l'entrée de l'hôpital
- par voie postale à la direction de la qualité, gestion des risques et usagers du Centre Hospitalier Rives de Seine, 30 rue Kilford - 92401 Courbevoie Cedex

## Site hospitalier de Neuilly-sur-Seine

- Néonatalogie  
 Maternité 2 et 4  
 Pédiatrie et Unité d'accueil et de crise de l'adolescent  
 Unité de surveillance continue

- Chirurgie  
 Unité de chirurgie ambulatoire et endoscopies  
 Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
 Spécialités médicales (médecine polyvalent et cardiologie)

## Site hospitalier de Courbevoie

- Hôpital de jour gériatrique  
 Hôpital de jour locomoteur  
 Soins de suite gériatrique  
 Soins de suite locomoteur  
 Médecine gériatrique

## Accueil

**1 Vous êtes-vous repéré(e) facilement au sein de l'établissement ?**

- Oui  Non

**2 Etes-vous satisfait(e) de la qualité de votre accueil (amabilité du personnel, temps d'attente, etc.) ?**

- Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Peu satisfait(e)  Pas du tout satisfait(e)

**3 Le livret d'accueil du service vous a-t-il été remis et expliqué ?**

- Oui  Non  Non concerné(e)

**4 Si oui, les informations présentées dans le livret d'accueil ont-elles facilité votre séjour ?**

- Oui  Non

Avez-vous des remarques ?

## Qualité de l'information et des soins

**5 Les professionnels se sont-ils présentés à toutes les étapes de votre hospitalisation (nom, fonction) ?**  Oui  Non

**6 Vous a-t-on expliqué les soins avant de les réaliser ?**  Oui  Non

**7 Vous a-t-on demandé votre consentement pour les soins et les examens pratiqués ?**  Oui  Non

**8 Estimez-vous que la confidentialité des informations médicales vous concernant a été respectée ?**  Oui  Non

**9 Etes-vous satisfait(e) de la disponibilité et de l'écoute des professionnels ?**

- Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Peu satisfait(e)  Pas du tout satisfait(e)  Non concerné(e)

Avez-vous des remarques ?

## Douleur

10 **Votre douleur a-t-elle été prise en compte ?**

- Oui  Non  Non concerné(e)

Avez-vous des remarques ?

## Conditions d'hospitalisation

11 **Votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées ?**

- Oui  Non

12 **Avez-vous été aidé(e) dans vos gestes quotidiens (habillage, toilette, prise de repas, etc.) ?**

- Oui  Non  Non concerné(e)

13 **Etes-vous satisfait(e) de la propreté des locaux (chambres, sanitaires, couloirs, salles d'examens, etc.) ?**

- Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Peu satisfait(e)  Pas du tout satisfait(e)  Non concerné(e)

14 **Avez-vous été gêné(e) par le bruit ?**

- Oui  Non

Avez-vous des remarques ?

## Repas

15 **Etes-vous satisfait(e) de la qualité du repas ?**

- Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Peu satisfait(e)  Pas du tout satisfait(e)  Non concerné(e)

16 **Si vous aviez un régime particulier, a-t-il été respecté ?**

- Oui  Non  Non concerné(e)

## Informations à la sortie

17 **Les informations relatives à la continuité de vos soins (votre suivi médical, vos examens, etc.) ?**

- Très claires  Claires  Peu claires  Pas claires du tout  Non concerné(e)

18 **Les informations relatives à vos traitements médicamenteux (modification ou poursuite de vos traitements, etc.) ?**

- Très claires  Claires  Peu claires  Pas claires du tout  Non concerné(e)

19 **Les informations relatives à la reprise de vos activités quotidiennes ?**

- Très claires  Claires  Peu claires  Pas claires du tout  Non concerné(e)

Avez-vous des remarques ?

## Appréciation générale

20 **Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge ?**

- Très satisfait(e)  Satisfait(e)  Peu satisfait(e)  Pas du tout satisfait(e)  Non concerné(e)

Saisie libre (points à améliorer, recommandations, etc.)

21 **Recommanderiez-vous notre établissement à votre entourage ?**

- Oui  Non