Centre Hospitalier
Rives de Seine

Questionnaire de satisfaction et expérience patient

Nous vous remercions par avance pour le temps consacré à compléter le questionnaire ci-après. Il est **anonyme** et **confidentiel** et a pour objectif de comprendre vos attentes et de nous améliorer dans l'accompagnement que nous vous proposons.

Pour toutes remarques complémentaires, vous pouvez vous adresser à l'équipe qualité via l'adresse mail suivante : demandes-usagers@ch-rivesdeseine.fr

Une fois complété, vous pouvez le remettre à un membre de l'équipe soignante, ou le déposer dans la boîte aux lettres « Questionnaire de satisfaction et expérience patient » située à l'entrée de l'hôpital

Service

- ☐ Chirurgie
- ☐ Hôpital de jour locomoteur
- ☐ Maternité
- ☐ Pédiatrie et Unité d'accueil et de crise de l'adolescent
- ☐ Soins médicaux et de réadaptation locomoteur
- ☐ Spécialités médicales (médecine polyvalente et cardiologie)
- ☐ Unité de surveillance continue
- ☐ Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Accueil

Vous êtes-vous repéré(e) facilement au sein de l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

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

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

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

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

→ **Si oui, les informations présentées ont-elles facilité votre séjour ?** ☐ Oui ☐ Non

Remarques

Qualité de l'information et des soins

	👍	👎
Les professionnels se sont-ils présentés à toutes les étapes de votre hospitalisation (nom, fonction) ?	☐	☐
Vous a-t-on expliqué les soins avant de les réaliser ?	☐	☐
Vous a-t-on demandé votre consentement pour les soins et les examens pratiqués ?	☐	☐
Estimez-vous que la confidentialité des informations médicales vous concernant a été respectée ?	☐	☐

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)

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

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

Avez-vous des remarques ?

Conditions d'hospitalisation

Votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous été aidé(e) dans vos gestes quotidiens (habillage, toilette, prise de repas…) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

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

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

Avez-vous été géné(e) par le bruit?

☐ Oui ☐ Non

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)

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

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

Remarques

Informations à la sortie

	Très claires	Claires	Peu claires	Pas claires du tout	NC
Les informations relatives à la continuité de vos soins (votre suivi médical, vos examens...)	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations relatives à vos traitements médicamenteux (modification ou poursuite de vos traitements...)	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations relatives à la reprise de vos activités quotidiennes	☐	☐	☐	☐	☐

NC: Non concerné(e)

Appréciation globale

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

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

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

Recommanderiez-vous notre établissement à votre entourage?

☐ Oui ☐ Non