

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Afin de mieux cibler vos attentes et d'améliorer la qualité des services et de la vie au sein de l'établissement, nous vous demandons de répondre à quelques questions.

ACCUEIL ET QUALITE DE VIE

Que pensez-vous de l'accueil :

1. Au niveau du service d'admission de l'établissement ?
Désagréable peu agréable agréable tout à fait agréable
2. Au niveau de l'unité de soins
Désagréable peu agréable agréable tout à fait agréable
3. La structure est-elle accueillante ? Oui Non
4. Le rythme de vie est-il ?
Mauvais Passable Moyen Bon Excellent
5. L'agencement des chambres vous paraît ?
Désagréable peu agréable agréable tout à fait agréable
6. L'hygiène et la propreté des locaux sont-ils ?
Pas du tout satisfaisant Plutôt satisfaisant Satisfaisant Tout à fait satisfaisant

RESTAURATION

- Que pensez-vous de :
- | | Mauvais | Passable | Moyen | Bon | Excellent |
|--|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. La qualité des repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La quantité des repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. La présentation des repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. L'horaire des repas vous convient-il ? | Oui <input type="checkbox"/> | | Non <input type="checkbox"/> | | |

QUALITE DES SOINS

Le service assuré par le personnel est-il ? :

	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Excellent
11 .Pour les soins de jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pour les soins de nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous de la prise en charge assurée :

- 13.Par le personnel médical ?
Pas du tout satisfaisant Plutôt satisfaisant Satisfaisant
Tout a fait satisfaisant
- 14 .Par le personnel non médical
Pas du tout satisfaisant Plutôt satisfaisant Satisfaisant
Tout a fait satisfaisant

LUTTE CONTRE LA DOULEUR

15 . Avez-vous ressenti une ou des douleurs pendant votre séjour à l'hôpital
Oui Non

Si oui avez - vous été soulagé par le traitement proposé ?
Oui Non Partiellement

APPRECIATIONS

GENERALES :.....

.....
.....
.....
.....

SUGGESTIONS :.....

.....