



CHRO  
ORLÉANS

# Enquête de satisfaction



Madame, mademoiselle, monsieur,

Vous, votre enfant ou un proche, avez été hospitalisé(e) dans notre établissement.

Cette enquête vous est proposée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge effectuée par les différents services au cours de votre séjour.

Ce questionnaire est principalement destiné à la personne hospitalisée mais, si vous êtes un proche ou un parent, certaines questions peuvent vous concerner.

Vous pouvez répondre de manière anonyme (indiquer votre nom pourra éventuellement nous permettre de vous répondre) et remettre le questionnaire dans la boîte réservée à cet effet au sein du service, au personnel du service, ou l'envoyer par courrier à l'adresse suivante :

*Centre hospitalier régional d'Orléans  
Direction des Usagers, de la Qualité et de la Communication  
BP 2439  
45032 ORLEANS CEDEX 1*













## Remplir l'enquête de satisfaction :

- Si vous n'êtes pas concerné(e) ou ne souhaitez pas répondre à certaines questions, vous pouvez cocher la case « ? » ou ne pas répondre.
- Afin de faciliter l'analyse de ce questionnaire, nous vous remercions de bien vouloir écrire avec un **stylo à bille ou feutre bleu ou noir**. Prenez garde de griser, cocher ou biffer proprement les cases, de ne pas les entourer et ne pas rayer de groupes de cases.

OUI

CODE UF (à compléter par le service de soins)

--	--	--	--

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Insuffisant	Non concerné
<b>Votre accueil</b> (ou l'accueil de votre enfant ou proche)					
• Etes-vous satisfait(e) de l'accueil du patient dans le service d'hospitalisation ?					?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre information, vos droits</b>					
• Durant votre séjour, avez-vous obtenu des informations claires et suffisantes concernant :					?
- votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- le déroulement des soins et examens effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- vos droits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- votre retour à domicile ou votre transfert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Vos proches ont-ils pu rencontrer régulièrement un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous obtenu des informations claires et suffisantes concernant les bénéfiques et les risques des examens et des traitements proposés ?	Oui	Non	Sans avis		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Votre consentement a-t-il été demandé pour les traitements et examens prescrits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Pensez-vous que la confidentialité des informations médicales a été respectée pendant votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Les soins</b>					
• Durant votre séjour, le personnel vous a-t-il paru :					?
- soucieux de vous informer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- à votre écoute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- respectueux vis-à-vis de votre dignité, votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- respectueux vis-à-vis de vos croyances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• En cas de douleur, la prise en charge a-t-elle été efficace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Que pensez-vous de l'amabilité et de la disponibilité :					
- du personnel administratif (secrétariats, standard, admissions...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de l'équipe médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de l'équipe soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Les soins spécifiques

• Si vous en avez eu besoin, êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge :

- par les kinésithérapeutes ?
- par les assistants sociaux ?
- par les diététiciens ?



## Les soins en dehors du service

• Si vous avez été admis(e) par les urgences, été opéré(e) ou eu des examens de radiologie, êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge par le personnel :

- dans le service des Urgences ?
- au bloc opératoire ?
- en imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM...) ?



## Vous accompagnez un enfant hospitalisé

- Etes-vous satisfait(e) des possibilités proposées pour rester auprès de votre enfant durant la nuit ?
- Etes-vous satisfait(e) des possibilités proposées pour prendre vos repas auprès de votre enfant ?



## Les prestations, la chambre

- Etes-vous satisfait(e) de la qualité des repas (ou des collations pour les services ambulatoires) ?
- Les horaires de distribution des repas sont-ils adaptés ?
- Etes-vous satisfait(e) :
  - de la propreté de la chambre ?
  - du confort de la chambre ?
  - de l'ambiance du service (calme...) ?
- Etes-vous satisfait(e) :
  - du téléphone et de la télévision ?
  - d'Internet ?
  - des activités proposées (animations, bibliothèque...) ?



## Votre opinion sur le séjour

- Etes-vous satisfait(e) de l'ensemble du séjour ?
- Recommanderiez-vous l'hôpital à vos proches ?

Oui

Non

Sans avis

## VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION

NOM (facultatif) : \_\_\_\_\_

Adresse (facultatif) : \_\_\_\_\_

Rempli par :  Patient  Proche (parent)  avec l'aide d'un soignant

Service : \_\_\_\_\_

Date de sortie du service de soins : \_\_\_\_\_