

vos remarques & suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION

NOM (facultatif) :

Adresse (facultatif) :

Service de soins :

Date d'entrée dans le service de soins :

Date de sortie du service de soins :



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 les boîtes réservées à cet effet, ou directement aux professionnels, ou encore par courrier à l'adresse suivante :

Centre hospitalier régional d'Orléans
Direction des usagers, de la qualité
et de la communication
CS 86709 - 45067 ORLÉANS Cedex 2

Remplir l'enquête de satisfaction :

Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'une des questions de l'enquête, merci de ne pas y 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 cocher ou biffer proprement les ronds, de ne pas les noircir, les entourer et ne pas rayer de groupes de ronds.

OUI ☐ ☐



Enquête de satisfaction

Profil du déclarant :

Code UF (à compléter par le service de soins) _____

Vous êtes :

Un patient ☐ Un accompagnant ☐

Vous avez: entre 0 et 20 ans ☐

entre 21 et 40 ans ☐

entre 41 et 60 ans ☐

plus de 60 ans ☐

Votre accueil :

- Que pensez-vous de l'accessibilité du CHR (transport, parking, signalétique...) ?
- Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission (amabilité, disponibilité...) ?
- Que pensez-vous de l'accueil dans le(s) service(s) de soins ?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Votre prise en charge, vos soins :

- Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé, vos soins, vos examens....?
- Le personnel du service a-t-il répondu à vos questions?
- Que pensez-vous du respect de votre intimité et de votre dignité lors de votre prise en charge?
- En cas de douleur, cette dernière a-t-elle été prise en compte?
- Si oui, la prise en charge de votre douleur a-t-elle été efficace?
- Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge ou de vos soins dans le service par :
 - Les médecins / chirurgiens
 - Les infirmier(e)s / aides-soignant(e)s
- Si vous y avez eu recours, êtes-vous satisfait de la prise en charge :
 - Aux urgences
 - Au bloc opératoire
 - Lors de vos examens d'imagerie (IRM, Scanner, radiologie...)
 - Lors du brancardage
- Si vous y avez eu recours, êtes-vous satisfait de la prise en charge :
 - Des kinésithérapeutes
 - Des assistants sociaux
 - Des diététiciens
 - Des psychologues

☐☐

Chambre et repas :

- Etes-vous satisfait de la qualité des repas?
- Etes-vous satisfait de la propreté de la chambre?
- Etes-vous satisfait du confort de la chambre (température, calme, tranquillité)?
- Etes-vous satisfait des prestations complémentaires proposées par la conciergerie (télévision, téléphone, internet...)?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Votre sortie :

- Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée (annonce de la date de sortie, destination, traitements, prochain rendez-vous...)?
- Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐