

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



Ref : 0082R47 - février 2017








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...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission (amabilité, disponibilité...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Que pensez-vous de l'accueil dans le(s) service(s) de soins ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Votre prise en charge, vos soins :

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

Chambre et repas :

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Etes-vous satisfait de la qualité des repas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Etes-vous satisfait de la propreté de la chambre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Etes-vous satisfait du confort de la chambre (température, calme, tranquillité)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Etes-vous satisfait des prestations complémentaires proposées par la conciergerie (télévision, téléphone, internet...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |