

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Vous avez été pris en charge à l'Hôpital de Chantilly et nous espérons que votre séjour s'est bien déroulé. Dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins, nous souhaitons recueillir votre avis. Pour ce faire, nous vous invitons à compléter ce questionnaire et à l'insérer dans une des boîtes réservées à cet effet ou à le remettre au personnel du service.

01. VOTRE PARCOURS

Mode d'entrée : ☐ Hospitalisation programmée ☐ Accueil non programmé (ANP)

Date de votre sortie : JOUR MOIS ANNEE

Durée de votre séjour : ☐ 1 jour ☐ 2 à 5 jours ☐ 6 à 10 jours ☐ + de 10 jours

Dans quel service étiez-vous hospitalisé ? ☐ Chirurgie 1^{er} étage ☐ Chirurgie 2^{ème} étage ☐ Chirurgie Ambulatoire
☐ Cardiologie ☐ Médecine
☐ Unité du sommeil ☐ Oncologie

02. VOTRE ARRIVEE A L'HOPITAL DE CHANTILLY

					Non concerné
Les panneaux d'accès à l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
Les panneaux d'orientation vers les services	☐	☐	☐	☐	☐
La propreté du site	☐	☐	☐	☐	☐
La facilité de stationnement	☐	☐	☐	☐	☐

03. L'ACCUEIL ET L'ADMISSION

Vous a-t-on remis un livret d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non

					Non concerné
Les délais d'attente au standard	☐	☐	☐	☐	☐
Le délai d'attente aux admissions vous semble-t-il convenable ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous été bien accueilli ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu les informations suffisantes ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu les réponses à vos attentes ?	☐	☐	☐	☐	☐

04. LES SOINS

					Non concerné
L'accueil dans le service de soins	☐	☐	☐	☐	☐
Les délais d'attente pour les soins	☐	☐	☐	☐	☐
Les soins en général	☐	☐	☐	☐	☐
Le respect de votre intimité et de votre pudeur	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations données (pathologie, soins, médicaments, état de santé...)	☐	☐	☐	☐	☐
La disponibilité et la fréquence des visites des praticiens	☐	☐	☐	☐	☐
L'amabilité et la disponibilité du personnel de jour	☐	☐	☐	☐	☐
L'amabilité et la disponibilité du personnel de nuit	☐	☐	☐	☐	☐
La prise en charge de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐

Les techniques d'hypnose

Avez-vous bénéficié de techniques d'hypnose au cours votre hospitalisation ? ☐ oui ☐ non

A quel(s) moment(s) ? ☐ Lors d'un soin (escarres, pansement...) ☐ Au bloc opératoire ☐ En salle de réveil

					Non concerné
Votre satisfaction concernant cette méthode	☐	☐	☐	☐	☐
Le recommanderiez-vous à vos proches ?	☐ oui ☐ non				



05. LA CHAMBRE

Avez-vous demandé une chambre particulière ? ☐ oui ☐ non

Si oui, l'avez-vous obtenue ? ☐ oui ☐ non

					Non concerné
Son confort.....	☐	☐	☐	☐	☐
Sa propreté	☐	☐	☐	☐	☐
Sa température	☐	☐	☐	☐	☐
Son isolement phonique.....	☐	☐	☐	☐	☐
Le téléphone	☐	☐	☐	☐	☐
La télévision	☐	☐	☐	☐	☐

06. LA RESTAURATION

					Non concerné
La qualité.....	☐	☐	☐	☐	☐
La température	☐	☐	☐	☐	☐
La quantité	☐	☐	☐	☐	☐
La variété.....	☐	☐	☐	☐	☐
Les horaires de distribution	☐	☐	☐	☐	☐

07. LA SORTIE

					Non concerné
Les informations délivrées (soins à organiser, médicaments, signes et complications éventuelles...) ..	☐	☐	☐	☐	☐
Les conditions de sortie (jour, heure, transport, formalités administratives).....	☐	☐	☐	☐	☐

08. OPINION GENERALE

					Non concerné
Vos relations avec le personnel.....	☐	☐	☐	☐	☐
L'ambiance générale du service	☐	☐	☐	☐	☐
L'ensemble de votre séjour	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous le sentiment d'avoir été écouté ? ☐ oui ☐ non

Accepteriez-vous, si nécessaire, d'être de nouveau hospitalisé dans notre établissement ? ☐ oui ☐ non

Conseilleriez-vous notre établissement à vos proches ? ☐ oui ☐ non

09. COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

En un mot...

Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?

.....

.....

Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?

.....

.....

Autre(s) commentaire(s) et suggestion(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....