



### Que pensez-vous de l'hôpital ?

Vos réponses nous permettront d'améliorer la qualité des diverses prestations.  
Vous pouvez remettre ce questionnaire rempli (anonymement ou non) à un membre de l'équipe soignante ou à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier.

NOM – Prénom : .....

Tampon du service

**SERVICE D'HOSPITALISATION** : .....

		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
<b>L'accueil</b> 	Urgences	<input type="checkbox"/>				
	Bureau des admissions	<input type="checkbox"/>				
	Service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>				
<b>Le temps d'attente</b> 	Urgences	<input type="checkbox"/>				
<b>La qualité des soins</b> 	Equipe médicale	<input type="checkbox"/>				
	Equipe soignante de Jour	<input type="checkbox"/>				
	Equipe soignante de Nuit	<input type="checkbox"/>				
	La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				
<b>La disponibilité du personnel</b> 	Equipe médicale	<input type="checkbox"/>				
	Equipe soignante de Jour	<input type="checkbox"/>				
	Equipe soignante de Nuit	<input type="checkbox"/>				
<b>Le respect de</b> 	Votre dignité	<input type="checkbox"/>				
	Votre intimité	<input type="checkbox"/>				
	Vos convictions	<input type="checkbox"/>				
<b>La chambre</b> 	Confort	<input type="checkbox"/>				
	Propreté	<input type="checkbox"/>				

<b>La restauration</b>		Très satisfait	Satisfait	Mécontent	Très mécontent	Non concerné
	Qualité	<input type="checkbox"/>				
	Quantité	<input type="checkbox"/>				
	Présentation	<input type="checkbox"/>				
	Température	<input type="checkbox"/>				
	Horaires	<input type="checkbox"/>				
	Installation et aide aux repas	<input type="checkbox"/>				
<b>Moyens mis à votre service</b>						
	Télévision	<input type="checkbox"/>				
	Téléphone	<input type="checkbox"/>				
<b>La qualité des informations données par...</b>						
	Equipe médicale	<input type="checkbox"/>				
	Equipe soignante	<input type="checkbox"/>				
	Equipe administrative (admissions, standard, ...)	<input type="checkbox"/>				
<b>Nuisances</b>						
		Oui	Non	Non concerné		
	Bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Si oui, lesquels :	..... .....				
<b>Votre sortie</b>						
	Etes-vous satisfait de sa préparation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Le livret d'accueil</b>						
	A t il répondu à vos attentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Votre opinion globale</b>						
	Etes-vous satisfait de l'ensemble de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

❖ Vos remarques :

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

❖ Vos suggestions :

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

**Merci de votre participation**