



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 :

SERVICE D'HOSPITALISATION : HDJ GERONTOLOGIQUE MEDECINE

| L'accueil | | Très satisfait | Satisfait | Mécontent | Très mécontent | Non concerné |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Bureau des admissions | <input type="checkbox"/> |
| | Service d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> |
| Le temps d'attente | | | | | | |
|  | | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des soins | | | | | | |
|  | Le médecin | <input type="checkbox"/> |
| | L'infirmière et l'aide-soignante | <input type="checkbox"/> |
| | La prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> |
| La disponibilité du personnel | | | | | | |
|  | Le médecin | <input type="checkbox"/> |
| | L'infirmière et l'aide-soignante | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de | | | | | | |
|  | Votre dignité | <input type="checkbox"/> |
| | Votre intimité | <input type="checkbox"/> |
| | Vos convictions | <input type="checkbox"/> |
| Salle soins | | | | | | |
|  | Confort | <input type="checkbox"/> |
| | Propreté | <input type="checkbox"/> |

| La restauration | | 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"/> |
| Moyens mis à votre service | | | | | | |
|  | Télévision | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des informations données par... | | | | | | |
|  | Le médecin | <input type="checkbox"/> |
| | L'infirmière et l'aide-soignante | <input type="checkbox"/> |
| | Equipe administrative (admissions, standard, ...) | <input type="checkbox"/> |
| Nuisances | | | | | | |
|  | | Oui | | Non | | Non concerné |
| | Bruits | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | Si oui, lesquels : | | | | | |
| Votre sortie | | | | | | |
|  | Etes-vous satisfait de sa préparation ? (ordonnance, prise de RV, bon de transport...) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Le livret d'accueil | | | | | | |
| | A t il répondu à vos attentes ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Votre opinion globale | | | | | | |
| | Etes-vous satisfait de votre journée ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

❖ Vos remarques :

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

❖ Vos suggestions :

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

Merci de votre participation