



Version document 202012

Questionnaire de satisfaction de votre séjour

Services Médecine et Soins de Suite et de Réadaptation

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge au Centre Hospitalier de Rives, nous souhaitons connaître votre appréciation sur votre séjour, celle-ci nous sera utile pour mieux répondre à vos attentes.

Ce questionnaire est totalement anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Une fois complété, vous pouvez le remettre au personnel du service ou au bureau d'accueil, le déposer dans la boîte aux lettres devant le bureau des admissions (*bâtiment administratif*), ou l'envoyer à l'adresse postale suivante :

Centre Hospitalier de Rives sur Fure - Service de la Qualité- B.P. 105 – 38147 Rives sur Fure Cedex

Adresse courriel : ch-rives@chrives.fr

Remplir l'enquête de satisfaction :

Si vous n'êtes pas concerné(e) ou ne souhaitez pas répondre à certaines questions, vous pouvez cocher la case « Sans avis ».

Emoticônes utilisées : **Très satisfaisant** **Satisfaisant** **Peu satisfaisant** **Insuffisant**

Service de soins concerné :

- Médecine Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Ce questionnaire est rempli par :

- Le patient Un proche Le patient avec un proche

L'accès à l'hôpital



Sans avis

- Que pensez-vous de l'accès à l'établissement ?
(parking, signalétique)

Votre accueil



Sans avis

- Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil :

- au service administratif ?
- dans le service de soins ?

- Avez-vous reçu un livret d'accueil ?

 Oui Non Je ne m'en souviens pas

- Avez-vous été informé(e) de vos droits ?

 Oui Non Je ne m'en souviens pas





Votre prise en charge











Sans avis





- Avez-vous été satisfait(e) :





- des informations reçues sur votre état de santé et votre prise en charge ?
- de l'écoute des soignants ?
- des soins dispensés ?
- de la prise en charge de la douleur ?
- du respect de votre intimité ?
- de la confidentialité et du secret professionnel ?

Votre prise en charge (suite)					Sans avis
• Avez-vous été satisfait(e), si vous en avez eu besoin :					
- de la prise en charge kinésithérapique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des démarches administratives et sociales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du service de transport interne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du délai d'attente aux consultations internes ? (imagerie, ophtalmologue...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du service de transport externe ? (ambulance ou VSL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La chambre					Sans avis
• Avez-vous été satisfait(e) :					
- du confort de la chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la propreté de la chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du calme de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La restauration					Sans avis
• Avez-vous été satisfait(e) :					
- de la qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la variété des plats ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'horaire des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre sortie					Sans avis
• Quel est le niveau de satisfaction concernant l'organisation de votre sortie :					
- les informations reçues relatives à votre retour à domicile ou votre transfert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les informations reçues pour la suite de votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opinion générale					Sans avis
• Quelle est l'opinion générale sur l'ensemble de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS

.....

.....

.....

.....

.....

PAR AVANCE, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION