

Annexes : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin d'améliorer nos prestations, nous souhaitons évaluer la qualité de nos services. Pour cela, la direction du CHBT vous invite à donner votre avis sur votre séjour. Alors, prenez donc quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Votre opinion nous est précieuse. Chaque élément de vos réponses sera soigneusement exploité.

Les remarques que vous formulerez resteront strictement anonymes et confidentielles.

Le personnel, les médecins et la direction du Centre Hospitalier de la Basse Terre vous remercient pour votre confiance.

A- TRES SATISFAIT

B- SATISFAIT

C- PEU SATISFAIT

D- MECONTENT

Pour chaque question, cochez la case qui correspond à votre niveau de satisfaction. Répondez uniquement aux questions qui vous concernent.

Unité d'hospitalisation : _____ Date d'hospitalisation: ___/___/___

ACCUEIL

Amabilité- Qualité de l'information donnée

	A	B	C	D
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux bureaux des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux urgences (si vous êtes entré (e)s par les urgences)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans les unités d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux consultations externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

Délais d'attente	A	B	C	D
Au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux urgences (si vous êtes entré (e) par les urgences)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'hospitalisation programmée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux consultations externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

Divers	A	B	C	D
Facilités d'accès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalisation à l'intérieur de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS

L'équipe soignante	A	B	C	D
Amabilité et gentillesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute et disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identification du personnel (badge, nom sur blouses,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

L'équipe médicale	A	B	C	D
Amabilité et gentillesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute et disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identification des médecins (badge, nom sur blouses,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

Lutte contre la douleur

Avez-vous reçu à votre arrivée une information sur la prise en charge de la douleur ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous été confronté à la douleur pendant votre hospitalisation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, l'avez-vous signalé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous été prise en charge ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous été soulagé (e) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

INFORMATIONS

Information communiquée sur les conditions de votre séjour

Vous a-t-on remis un livret d'accueil ? OUI NON
 Si oui, êtes vous satisfait (e) de son contenu ? OUI NON

Quelles informations vous a-t-il manqué ?

.....

Informations médicales

	A	B	C	D
Sur votre état de santé, votre maladie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur vos soins et interventions proposés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre traitement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les examens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur votre sortie (traitement, consignes,...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications claires, compréhensibles, suffisantes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

PRESTATIONS HOTELIERES

Repas

	A	B	C	D
Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété de menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

Chambre et autres espaces (salle d'attente, terrasse, ...)

	A	B	C	D
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort, équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

Autres prestations hôtelières

	A	B	C	D
Télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires de visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

APPRECIATION GENERALE DE VOTRE SEJOUR

	A	B	C	D
Globalement, vous avez plutôt été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous le Centre Hospitalier de la Basse-Terre à vos proches ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	

Avez-vous des observations à formuler ou des suggestions à faire afin d'améliorer la qualité du service rendu ?

.....

.....

.....

.....

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous êtes : Le bénéficiaire des soins Un proche Un parent
 Une femme Un homme

Votre âge _____ ans

Vos nom et prénoms (*facultatif*) :Adresse (*facultatif*) :

.....

Merci d'avoir pris le temps pour nous communiquer vos observations.**Remise du questionnaire de sortie :**

- o Boîte aux lettres située près du Bureau des Admissions
- o Par voie de mail : usagers@ch-labasseterre.fr
- o Par courrier postal (Service des Usagers - Avenue Gaston Feuillard 97109 BASSE-TERRE)

Votre sortie