

(Facultatif) {
Date :
Nom :
Prénom :

Votre âge : 26 ans et plus de 15 à 25 ans
Service : 1^{er} étage 2^{ème} étage

ENQUETE CONCERNANT VOTRE SEJOUR

Hospitalisation complète

Madame, Monsieur,

Soucieux de la qualité dans notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre séjour.

La réponse à ce questionnaire, anonyme si vous le souhaitez, peut-être déposée à l'accueil, mais elle peut aussi nous être retournée par courrier.

1. Les délais d'attente

Concernant le délai d'attente avant votre hospitalisation, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant le délai d'attente lors de votre admission, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

2. Votre arrivée

Concernant l'accueil qui vous a été réservé, êtes-vous :

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Au secrétariat d'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au bureau des entrées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans l'unité de soins où vous avez séjourné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. L'information

Concernant l'information reçue sur le fonctionnement de l'établissement (repas, visites, téléphone, courrier, ...) êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'information transmise par votre équipe de soins, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'information sur votre pathologie, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'information sur les traitements, examens qui vous sont prescrits, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'information sur les restrictions de liberté (aller-venue, retrait objet), êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'information sur les différentes orientations thérapeutiques envisageables après votre séjour, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'information, en préadmission / admission, sur les modalités de la prise en charge de la douleur, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'information, en préadmission / admission, sur les modalités de la prise en charge nutritionnelle (guide nutrition), êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

4. Les soins

Concernant les soins qui vous sont dispensés, êtes-vous ?

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Par les soins médicaux psychiatriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Par les soins médicaux somatiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Par les soins paramédicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Par l'hydrothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Par l'activité physique adaptée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle spécifique par un médecin généraliste ou la diététicienne ou un soignant ? Oui Non

Si oui, par qui ?

Médecin généraliste Diététicienne Soignant

Si oui, êtes-vous satisfait de cette prise en charge nutritionnelle ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Et avez-vous un régime alimentaire sur prescription ? Oui Non

Si oui, a-t-il été respecté ?

Oui Non

Avez-vous été douloureux pendant votre séjour ? Oui Non

Si vous avez été douloureux pendant votre séjour, êtes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

5. Le personnel

Concernant l'attitude du personnel à votre égard, êtes-vous :

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Du Secrétariat accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Agents administratifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du Secrétariat médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Soignants de jour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Soignants de nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Agents de restauration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Agents de nettoyage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Agents de maintenance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Concernant la disponibilité du personnel, êtes-vous :

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Du Secrétariat accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du Secrétariat médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des IDE, ASD, AMP de jour* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des IDE, ASD, AMP de nuit* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat ASD : Aide-Soignant(e) diplômé(e) AMP : Aide-Médico-Psychologique

6. Les conditions de séjour

Concernant le respect de vos droits, êtes-vous ?

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Respect de la dignité | <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"/> |
| Respect de la confidentialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Concernant les conditions d'hygiène, de sécurité, de dignité, de confidentialité et de confort lors de votre transport interne à la clinique (ascenseur, couloirs, escaliers), êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant les conditions d'hygiène, de sécurité, de dignité, de confidentialité et de confort lors de votre transport externe à la clinique (ex : ambulance...), êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait Non concerné

Concernant l'entretien des locaux collectifs, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant le confort de votre chambre, êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Concernant l'entretien de votre chambre, êtes-vous :

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Qualité du nettoyage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respect de vos effets personnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respect fréquence de renouvellement du linge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualité du linge fourni (drap) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Concernant les repas, petits-déjeuners qui vous sont servis, êtes-vous :

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Insatisfait |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| En quantité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En qualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En présentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En variété | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Votre séjour dans sa globalité

Etes-vous : Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Vos suggestions pour améliorer la qualité de nos prestations :

Nous vous remercions d'avoir consacré un peu de votre temps à remplir ce document nécessaire à l'amélioration constante de notre prestation.

La Direction