

Questionnaire de satisfaction



HÔPITAL FONDATION
Adolphe de ROTHSCHILD
LA RÉFÉRENCE TÊTE ET COU

Hospitalisation de jour

Aidez-nous à mieux prendre soin de vous.

Merci de nous faire part de votre sentiment sur votre consultation en complétant ce questionnaire.

Votre avis ainsi que vos suggestions sont essentiels pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prises en charge.

La Direction

Services : Hôpital De Jour Ambulatoire Court Ambulatoire Long

Age : 0-15 16-25 26-45 46-65 66-79 80 et plus

Sexe : Féminin Masculin

Médecin : Service : Etage :

Date de votre intervention / /

Accueil

| | Très Satisfaisant | Satisfaisant | Peu Satisfaisant | Pas Satisfaisant | Non Adapté |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Accueil téléphonique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accueil hall central | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signalétique et orientation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accessibilité des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accueil administratif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accueil personnel soignant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SOINS

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prise en charge médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins infirmiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge de votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respect de votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilité du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ecoute du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coordination des soins / examens | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

Informations

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Information donnée lors de votre consultation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information donnée pour votre admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information donnée en pré-opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en compte de votre avis avant tout acte médical ou chirurgical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information donnée pour votre sortie : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Heure de sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Suivi post hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Séjour

| | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Qualité de votre collation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre chambre et locaux : | | | | | |
| • Propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Confort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bruit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Qu'auriez-vous souhaité avoir comme prestation pendant votre attente au sein de nos locaux ?

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Film | <input type="checkbox"/> Lecture | <input type="checkbox"/> Actualités TV |
| <input type="checkbox"/> Loisirs créatifs enfants | | |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | <input type="text"/> | |

Appréciation générale de votre séjour

Très satisfaisant Satisfaisant Peu Satisfaisant Pas satisfaisant

Vos réclamations / vos remarques / vos suggestions :

Si vous souhaitez obtenir une réponse de la Direction à vos réclamations,
Merci de nous laisser vos coordonnées :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Pays :

Adresse e-mail :

Ce questionnaire est à remettre dans l'urne dédiée à cet effet dans la salle d'attente du service. Merci de votre collaboration.