

## Centre Hospitalier de Haguenau

**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION**

Date de sortie : .....

Service ou unité d'hospitalisation : .....

**AVEZ-VOUS ÉTÉ SATISFAIT(E)...**

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
	☺	☺	☹	☹
<b>DE L'ACCUEIL LORS DE VOTRE ARRIVÉE</b>				
➤ • Au service des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aux urgences (répondre uniquement si vous y êtes passé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL</b>				
➤ • Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DES INFORMATIONS</b>				
➤ • Sur les examens (radios, prises de sang, explorations,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sur les soins et traitements à poursuivre au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous a-t-on expliqué les bénéfices et les risques des soins ou traitements ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
• Vous a-t-on demandé votre consentement pour les examens et les traitements ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
<b>DE LA DISPONIBILITÉ</b>				
➤ • Du personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DES SOINS QUI VOUS ONT ÉTÉ DISPENSÉS</b>				
➤ • Par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Votre douleur a-t-elle été prise en compte ? (répondre uniquement si vous avez eu mal)	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
• Votre intimité a-t-elle toujours été respectée ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
<b>DE L'ATTENTE</b>				
➤ • Estimez-vous, au cours de votre séjour, avoir attendu trop longtemps ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
• Si oui, à quelle(s) occasion(s) ?				
lors d'une consultation	<input type="checkbox"/>			
en radio, scanner, IRM	<input type="checkbox"/>			
pour d'autres examens	<input type="checkbox"/>			
aux urgences	<input type="checkbox"/>			
le passage au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>			
autre, précisez :	<input type="checkbox"/>			
• Dans ce cas, vous a-t-on informé du délais d'attente ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	

Questionnaire de Satisfaction







# Centre Hospitalier de Haguenau

## AVEZ-VOUS ÉTÉ SATISFAIT(E)...

Questionnaire de Satisfaction

### DE L'HOTELLERIE

- • De l'entretien, la propreté de votre chambre
- Du respect de votre tranquillité (bruit)
- Des repas
- Si un régime alimentaire particulier vous a été prescrit, a-t-il toujours été respecté ?

			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	

### DES PRESTATIONS DIVERSES

- • Du téléphone
- De la télévision
- De la cafétéria

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DES CONDITIONS DE STATIONNEMENT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### DE LA SIGNALISATION DANS L'HOPITAL

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### QUELLE EST VOTRE APPRECIATION GLOBALE SUR LE SEJOUR ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### RECOMMANDERIEZ-VOUS CE SERVICE A VOTRE ENTOURAGE ?

oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
------------------------------	--	------------------------------	--

### AVEZ-VOUS D'AUTRES COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS A FORMULER ?


Merci de faire parvenir ce questionnaire à la Direction du Centre Hospitalier :

- soit en le remettant dans la boîte aux lettres de l'unité qui vous accueille
- soit en le remettant au Cadre de santé de l'unité
- soit en le déposant dans la boîte aux lettres située à l'accueil, dans le hall d'entrée principal
- soit en l'adressant directement à :

**Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier**  
 64, avenue du Professeur Leriche – BP. 40252  
 67504 HAGUENAU CEDEX

