

## Questionnaire de satisfaction Hôpital De Jour

Notre souhait : l'amélioration constante de la qualité de nos services. Vous pouvez y contribuer en nous faisant connaître l'impression que vous laissez votre séjour dans notre établissement. **En vous remerciant d'avance.**





**A. Globalement, êtes-vous satisfait de votre séjour ?**

*Veillez cocher une note sur 10 représentant votre niveau de satisfaction*

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**B. Avez-vous lu ou reçu le livret d'accueil ?** oui  non

**C. Quel est votre degré de satisfaction sur les points suivants ?**

<i>Veillez cocher précisément la case correspondant à votre niveau de satisfaction</i>				
	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
1. L'accès au centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'accueil au centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La qualité des soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La qualité des soins de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le soulagement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La facilité pour rencontrer le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L'information sur les bénéfices et les risques de votre traitement et de vos examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'information sur votre état de santé et le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. L'équipement des locaux de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Le calme dans le gymnase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. L'hygiène et la propreté du gymnase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'équipement des locaux de piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. L'hygiène et la propreté de la piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. L'équipement des vestiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La présentation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Le respect de l'intimité et de la culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Le respect des droits du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La façon dont votre sortie a été organisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Renseignements vous concernant :**

Dans quel service avez-vous été hospitalisé ? HDJ  EXTERNAT

Nombre de jours d'hospitalisation : 1 à 15  15 à 30  30 à 45  45 et +

Votre date de sortie : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : 18 à 40  40 à 60  60 à 80  80 et +

Remarques et propositions : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre nom (facultatif) :

A déposer dans la boîte prévue à cet effet