

Questionnaire de satisfaction Internat

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 ?

Veillez cocher précisément la case correspondant à votre niveau de satisfaction

				
	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
1.L'accueil au centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.La qualité des soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.La qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.La qualité des soins de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Le soulagement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.La facilité pour rencontrer le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.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"/>
8.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"/>
9.Le confort de la chambre (lit, fauteuil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.L'hygiène et la propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Le calme de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Le service télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Le service téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.L'équipement des locaux de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.L'hygiène des locaux de rééducation	<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 ? 1^{er} étage 2^{ème} étage

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