

## 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 ?**

☹️ 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  😊

**B. Vous a-t-on remis 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. La prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La prise en charge infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La prise en charge 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 prise en compte de votre 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 votre prise en charge (traitement, état de santé...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'équipement des locaux de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le calme dans le gymnase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. L'hygiène et la propreté du gymnase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. L'équipement des locaux de piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'hygiène et la propreté de la piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. L'équipement des vestiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La présentation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Le respect des droits du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Le respect de l'intimité, de la dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Le respect de la confidentialité	<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 ? Cardiologie  Fonctionnel  Psychologie  Soir

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*) :