

# Enquête de satisfaction

*Madame, Monsieur,*

*Vos appréciations sur l'ensemble de votre séjour sont essentielles pour améliorer la qualité du service que nous offrons aux patients. Nous vous invitons à remplir ce questionnaire en cochant votre choix pour chaque question. Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'une des questions, merci de ne pas y répondre.*

*Vous retrouvez également à la fin de ce questionnaire un espace commentaires, qui vous permettra d'apporter des précisions sur votre séjour.*

*Merci à vous !*

*Si vous préférez répondre à l'enquête en ligne c'est ici !*



**Votre service :** \_\_\_\_\_ **Etes-vous :**  Patient  Accompagnant

**Age du patient :**  0-18 ans  19-40 ans  41-60 ans  61-70 ans  +70 ans

**Est-ce votre premier séjour au sein du Centre Hospitalier**  Oui  Non

**Universitaire d'Orléans ?**

## VOTRE ACCUEIL

**Que pensez-vous :**



- de l'accessibilité de l'établissement (transport/ parking) ?
- du fléchage et des indications pour parvenir au(x) service(s)?

**Que pensez-vous de l'accueil :**

- au bureau des consultations et des hospitalisations ?
- dans le(s) service(s) de soins ?

**Que pensez-vous des informations données en amont de votre séjour sur :**

- les consignes à respecter (ex : être à jeun, accompagné, horaires...) ?
- les documents à apporter (ex: convocations, examens...) ?

## VOTRE PRISE EN CHARGE

**Durant votre séjour, avez-vous obtenu spontanément des informations claires et suffisantes, concernant :**

- votre état de santé ?  Oui  Non
- le déroulement des soins ?  Oui  Non

**Le personnel a-t-il répondu à vos questions ?**

Oui  Non

*Si oui, est-ce que les réponses apportées ont été claires et suffisantes ?*

Oui  Non

**Estimez-vous que votre intimité et dignité ont été respectées durant votre séjour?**

Oui  Non

**Pensez-vous que la confidentialité de vos informations a été respectée ?**

Oui  Non



**Comment jugez-vous la prise en charge de votre douleur ?**

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge par :**

- les médecins/ chirurgiens ?
- les paramédicaux (infirmier, aide-soignant) ?
- les kinésithérapeutes ?
- les diététiciens ?
- les assistants sociaux ?
- les psychologues ?

Autre profession :

**Comment évaluez-vous la coordination entre les services (conditions de transfert, ...) ?**





**Avez-vous trouvé le temps d'attente convenable au moment du transfert?**

Oui  Non

## CHAMBRE ET REPAS

**Etes-vous satisfait :**

- de la propreté de la chambre ?
- des prestations complémentaires proposées par la conciergerie (télévision, téléphone, internet) ?
- du calme de la chambre ?
- de la température de la chambre?
- de l'adaptation des locaux à votre état de santé ?

			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Durant votre séjour, a-t-on tenu compte des aliments que vous n'aimez pas ?**





Oui  Non

**Etes-vous soumis(e) à un régime particulier (sans sel, diabétique, texture modifiée) ?**

Oui  Non

**Etes-vous satisfait de :**

- l'installation, aide et accompagnement au repas ?
- la qualité du service hôtelier (présentation du plateau, température des plats, calme) ?
- l'horaire et de la durée du repas ?
- la qualité gustative des repas (goût, aspect, texture) ?
- la diversité des repas pendant votre séjour ?





			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Globalement, êtes-vous satisfait(e) de la prestation de la restauration ?**

## SORTIE

**Que pensez-vous des informations données à votre sortie sur :**

- les symptômes à surveiller et la conduite à tenir en cas d'urgence ?
- la reprise de vos activités (travail, activités quotidiennes et activités sportives) ?
- le traitement à domicile ?
- les documents fournis (ex : lettre de liaison, ...) ?

			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SATISFACTION GENERALE

**Quel est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour ?**

			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Merci de remettre ce questionnaire avant de quitter l'établissement.**

**Vous avez également la possibilité de nous le transmettre à l'adresse suivante :**  
*ingenieurs.qualite@chu-orleans.fr*

*Tournez la page pour un espace libre "Remarques et suggestions"*



# Vos remarques et suggestions

*Ce que vous avez particulièrement apprécié :*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Ce que vous souhaiteriez voir s'améliorer :*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM (facultatif) : .....

N° de téléphone : .....

Service de soins : .....

Date du jour : ..... / ..... / .....

