



Madame, Monsieur,

Vous êtes, ou avez été hospitalisé(e), au Centre Hospitalier de La Rochefoucauld.

Dans l'objectif d'améliorer la qualité de nos services, de nos soins et de mieux répondre à vos attentes et à celles des futurs patients, l'établissement organise la mesure de votre satisfaction sur votre séjour dans l'établissement.

Ce questionnaire est confidentiel. Vous pouvez donc vous exprimer en toute liberté en répondant sincèrement aux questions qui vous sont posées. Vous avez le droit d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête. (Vos réponses peuvent rester anonymes.)

Votre nom et prénom (facultatif) : .....  
 Séjour du ..... au ..... (facultatif)  
 Service d'hospitalisation :  Médecine  SSR Rez-de-Chaussée  SSR Etage



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Insatisfait

### 1- L'accueil

Etes-vous satisfait(e) de :

- |                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |
| - votre accueil .....                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - l'accessibilité aux locaux.....                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des informations qui vous ont été données sur les modalités de votre hospitalisation (coût restant à charge, organisation du service, ...) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des informations qui vous ont été données sur vos droits .....                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous reçu un livret d'accueil ?  OUI  NON

### 2- L'information donnée sur votre séjour

Etes-vous satisfait(e) de :

- |                                                   |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                   |                          |                          |                          |                          |
| - des informations que vous avez reçues .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de l'information donnée à votre entourage ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous été régulièrement tenu informé(e) sur votre état de santé ?  OUI  NON

Avez-vous été régulièrement tenu informé(e) sur les soins qui vous été prodigués ?  OUI  NON





### 3- Les soins

Etes-vous satisfait(e) de :

- |                                                   |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                   |                          |                          |                          |                          |
| - la qualité de la prise en charge médicale ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la qualité des soins infirmiers .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la prise en charge de votre douleur .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - du respect de votre intimité .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





## 4- Le personnel

Etes-vous satisfait(e) de :

- |                                                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    |  |  |  |  |
| - la relation établie avec le personnel .....      | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - la disponibilité et l'écoute du personnel .....  | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - son attitude à votre égard dans la journée ..... | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - son attitude à votre égard dans la nuit .....    | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |





## 5- Les locaux

Etes-vous satisfait(e) :

- |                                               |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               |  |  |  |  |
| - du confort de la chambre .....              | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - de la propreté de la chambre .....          | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - de la température de la chambre .....       | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - de l'ambiance du service (calme, ...) ..... | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |





## 6- Déroulement de la journée

Etes-vous satisfait(e) des heures choisies pour :

- |                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |  |  |  |  |
| - votre réveil..... | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - les repas .....   | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |
| - la toilette ..... | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            |





## 7- Vos repas

Etes-vous satisfait(e) de :





- |                                  |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |  |  |  |  |
| - la qualité des repas.....      | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             |
| - la quantité des repas.....     | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             |
| - la variété des menus .....     | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             |
| - la présentation des repas..... | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             | <input type="checkbox"/>                                                             |

## 8- Les prestations

Etes-vous satisfait(e) de :

- |                                                                |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                |  |  |  |  |
| - de la prestation télévision .....                            | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              |
| - de la prestation téléphone.....                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              |
| - des espaces mis à votre disposition (salon, terrasses) ..... | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              |

## 9- Appréciations d'ensemble sur votre séjour

- |                                                           |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |  |  |  |  |
| Votre appréciation générale concernant votre séjour ..... | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              |
| Votre opinion sur la qualité du livret d'accueil .....    | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              | <input type="checkbox"/>                                                              |

Avez-vous des compliments ou des critiques particulières à nous adresser, ou des suggestions à nous faire ?

.....

.....

.....

.....

*Nous vous remercions pour votre participation*

## Questionnaire de sortie :

- à laisser dans la chambre au moment de votre sortie,
- à remettre lors de votre sortie en le déposant auprès d'un soignant du service ou à l'accueil de l'Administration,
- à retourner à :

Centre Hospitalier de La Rochefoucauld - Service Qualité & Gestion des Risques  
Place du Champ de Foire - BP 70079  
16110 LA ROCHEFOUCAULD.