










QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION : VOS IMPRESSIONS , VOTRE AVIS, NOUS INTERESSENT...





Nom Prénom (<i>facultatif</i>)	Age :
Service d'hospitalisation :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
	Durée de séjour (<i>en jours</i>) :














PRISE EN CHARGE GENERALE					
		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
L'ACCUEIL A VOTRE ARRIVEE 	Aux admissions				
	Dans le service				
LA PRISE EN CHARGE 	De votre problème de santé				
	De la douleur				
	Des soins				
VOTRE INTIMITE 	Respectée				

INFORMATIONS

INFORMATIONS / EXPLICATIONS 	Objectif et effets secondaires d'un nouveau traitement				
	Objectif et effets secondaires des examens				
	Evolution de votre état de santé				
POUR VOTRE SORTIE 	L'organisation de la sortie				
	Activités possibles				
	Informations sur vos Médicaments				

COMMUNICATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

	Identification du personnel (nom, métier)				
	Compréhension des informations données				
	Compréhension des actes de soins reçus				
	Votre participation à la décision médicale				

ATTITUDES DES PROFESSIONNELS DE SANTE		 Très Satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Mécontent
COMPORTEMENT 	Des médecins				
	Du personnel soignant, kinés assistantes sociales,...				
POLITESSE ET AMABILITE 	Des médecins				
	Du personnel soignant, kinés assistantes sociales,...				
DISPONIBILITE 	Des médecins				
	Du personnel soignant, kinés assistantes sociales,...				
APPELS URGENTS 	Délais de réponse aux appels				
LA CHAMBRE					
LA CHAMBRE 	Son confort				
	Sa propreté				
	Sa température				
LE BRUIT 	Son environnement sonore				
LES REPAS					
	Qualité				
	Variété				
VOTRE SATISFACTION					
	Etes-vous satisfait de votre séjour ?				
	Recommanderiez-vous le centre hospitalier à votre entourage ?	Oui	Non	Ne sais pas	

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI POUR VOS REPONSES

A votre sortie, vous pouvez remettre ce questionnaire soit au personnel du service,
soit le renvoyer à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier d'Angoulême – Direction Qualité/Gestion des Risques – 16470 SAINT MICHEL.