

LES AUTRES PRESTATIONS

Que pensez-vous ?

De la prestation « télévision »

Si peu ou pas satisfait, merci de préciser :

De la prestation « téléphone »

Si peu ou pas satisfait, merci de préciser :

De la boutique et de la cafétéria

Si peu ou pas satisfait, merci de préciser :

NON CONCERNÉ

VOTRE SORTIE

Pensez-vous que votre sortie a été bien organisée ?

Sur le plan médical (date de sortie, certificats médicaux, ordonnance de sortie, etc...)

Sur le plan administratif

NON CONCERNÉ

VOTRE OPINION GÉNÉRALE

Dans l'ensemble que pensez-vous de votre séjour ?

TRÈS SATISFAIT SATISFAIT PEU SATISFAIT PAS DU TOUT SATISFAIT

Si besoin, recommanderiez-vous à un ami ou à un proche l'hôpital André Mignot ?

oui non

Avez-vous des suggestions d'amélioration ?

.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.
 Vous êtes invité(e) à le remettre au personnel du service.
 Vous pouvez également le placer dans la boîte située dans le hall d'accueil
 ou l'envoyer par courrier au Directeur du Centre Hospitalier de Versailles.

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
 177, rue de Versailles 78157 le Chesnay Cedex
 01 39 63 91 33 - www.ch-versailles.fr



IMPRIMERIE CHV_réf. 194-01-03-2018-Questionnaire de satisfaction_comm.



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



TRÈS SATISFAIT SATISFAIT PEU SATISFAIT PAS DU TOUT SATISFAIT

DATE DE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

/ /

Réservé à la QUARIS
 SERVICE :
 PÔLE :

Dans quel service avez-vous été hospitalisé(e) ?

Vous avez été admis(e) : en urgence en entrée programmée

Dans quel type de chambre : simple double

Vous êtes : une femme un homme

Quel est votre âge (facultatif) ? ans

Quel est votre nom (facultatif) ?

Madame, Monsieur,
 Vous venez d'être hospitalisé(e) au CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES - HÔPITAL ANDRÉ MIGNOT.
 Nous souhaiterions connaître votre appréciation d'ensemble sur votre séjour afin d'améliorer
 les prestations que nous proposons à nos patients.

Nous vous remercions de votre aimable collaboration.

ACCÈS

Que pensez-vous ?

De l'accès à l'hôpital

Du stationnement à l'hôpital.....

De la signalisation à l'intérieur de l'hôpital

Observations :

.....

NON CONCERNÉ



ACCUEIL

Que pensez-vous de l'accueil par le personnel ?

De l'accueil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du service des admissions.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du service des urgences.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du service d'hospitalisation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aux urgences, que pensez-vous ?

Des délais d'attente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en compte de votre douleur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations fournies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité des soins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le service d'hospitalisation, que pensez-vous ?

Des informations sur vos conditions de séjour (horaires de visites, soins, locaux, service social...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pu identifier la fonction de vos interlocuteurs (médecin, infirmier...) ?.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Observations :

.....

.....

SOINS ET INFORMATIONS

Prestations médicales : que pensez-vous ?

Des informations données par le médecin concernant votre état de santé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations données par le médecin concernant le traitement et les soins qui vous ont été prescrits.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'attention et du suivi portés par les médecins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en compte de votre douleur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été impliqué(e) pour participer aux décisions concernant vos soins ou vos traitements ?.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Observations :

.....

.....

SOINS ET INFORMATIONS

Prestations de soins : que pensez-vous ?

Des soins dispensés par le personnel soignant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la disponibilité du personnel soignant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'aide et de l'attention qui vous ont été portées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des précautions prises pour respecter votre intimité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des précautions prises pour respecter votre dignité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des précautions prises pour respecter la confidentialité des informations vous concernant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été bien informé(e) sur le déroulement des soins et des examens durant votre séjour.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Observations :

Les transports : que pensez-vous de votre prise en charge ?

Par le service de brancardage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par les ambulances : du CHV <input type="checkbox"/> extérieures <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations :

.....

VOTRE SÉJOUR

Le livret d'accueil

Le livret d'accueil a-t-il facilité votre séjour ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La chambre : que pensez-vous ?

Du confort de la chambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté des locaux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la température des locaux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si peu ou pas satisfait.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été gêné(e) par le bruit ?.....		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Si «oui» merci de préciser.....					

Les repas : que pensez-vous ?

Du goût.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la quantité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la variété.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la présentation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations :

.....

.....

