

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Vous avez des choses à dire ? Dites les nous

Que ce soit pendant ou après un séjour dans notre établissement, merci de passer quelques minutes à remplir ce questionnaire et nous le transmettre. Vos avis est important pour nous permettre d'améliorer la prise en charge des patients qui sont accueillis à l'Hôpital Jean Jaurès.

Vous êtes :

- un patient le proche d'un patient

Nom du patient (facultatif) : _____

Période d'entrée dans le service : _____

Après l'avoir rempli, merci de nous transmettre ce questionnaire :

- En le remettant à un membre de l'équipe soignante
- En le déposant à l'accueil de l'établissement
- En nous l'envoyant par courrier à l'adresse suivante :

Hôpital Jean Jaurès – Service qualité
9-21 Sente des Dorées 75 019 Paris

Avez-vous **déjà été hospitalisé** dans l'établissement

- Jamais / Oui, il y a longtemps / Oui, récemment / Je ne me rappelle plus

Accueil et information

1. Que pensez-vous de l'**accueil** par le **personnel administratif** lors de votre admission ?
▶ Mauvais / Moyen / Bon / Très bon / Sans avis
2. Que pensez-vous de l'**accueil** dans le **service de soins** ?
▶ Mauvais / Moyen / Bon / Très bon / Sans avis
3. Que pensez-vous de l'**identification** (présentation, tenue...) des personnes travaillant dans le service de soins (médecins, infirmiers(es), aides-soignant(e)s...) ?
▶ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis
4. Si vous avez reçu le **livret d'accueil** que pensez-vous de la clarté des informations qu'il contient ?
▶ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis / Je ne l'ai pas reçu
5. Avez-vous été informé(e) de l'existence des **représentants d'usagers** dans l'établissement ?
▶ Oui / Non / Je ne me souviens plus
6. Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des **explications sur votre état de santé**, votre traitement, vos soins, etc... ?
▶ Jamais / Parfois / Souvent / Toujours
7. Que pensez-vous de la **clarté des réponses** des médecins du service ?
▶ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis / Ils ne m'ont pas apporté d'informations
8. Avez-vous (vous ou vos proches) pu **participer aux décisions** concernant vos soins ou votre traitement ?
▶ Jamais / Oui parfois / Oui souvent
9. Avez-vous bénéficié d'une **écoute attentive** des professionnels du service de soins ?
▶ Jamais / Parfois / Souvent

Prise en charge

10. Si vous avez eu besoin **d'aide pour les activités courantes** (se laver, s'habiller, manger, se déplacer...). Que pensez-vous de l'aide et des délais ?
▶ Mauvais / Moyen / Bon / Très bon / Sans avis
11. Que pensez-vous du respect de votre **intimité** lors de votre prise en charge ?
▶ Mauvais / Moyen / Bon / Très bon / Sans avis
12. Que pensez-vous du respect de la **confidentialité et du secret professionnel** lors de votre prise en charge ?
▶ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

13. Si vous avez eu des **douleurs**, que pensez-vous de la façon dont elles ont été prises en charge ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

14. Si vous avez eu de la **rééducation** (avec un kiné, ergothérapeute, APA ou psychomotricien), qu'en avez-vous pensé ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

15. Pendant cette hospitalisation, si vous avez été **transporté en ambulance**, qu'en avez-vous pensé ?

➤ Mauvais / Moyen / Bon / Très bon / Sans avis

16. Que pensez-vous de la prise en charge dans le service de soins par **l'équipe de nuit** ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

17. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les **médecins** ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

18. Si vous avez reçu des **visites**, que pensez-vous des relations entre l'équipe soignante et **votre entourage** ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

19. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par l'ensemble de **l'équipe du service** ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

Chambre et repas

20. Que pensez-vous du **confort de votre chambre** ?

➤ Mauvais / Moyen / Bon / Très bon / Sans avis

21. Que pensez-vous de la **propreté** de votre chambre ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

22. Que pensez-vous de la **température** de votre chambre ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

23. Que pensez-vous du **calme et de la tranquillité** de votre chambre ?

➤ Mauvais / Moyen / Bon / Très bon / Sans avis

24. Que pensez-vous de la **qualité des repas** qui vous ont été servis ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

25. Que pensez-vous de la **variété des plats** ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

Préparation de la sortie

26. Que pensez-vous de **la façon dont votre sortie a été organisée** (annonce de votre date de sortie, destination à la sortie, informations, etc.) ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

27. Avez-vous reçu des informations sur **les médicaments à prendre après votre sortie** (dosage, horaires, effets indésirables) ?

➤ Oui / Non / Je ne sais pas si j'ai des médicaments à prendre à ma sortie

28. Si vous avez reçu des informations sur **la reprise de vos activités** après votre sortie (travail, sport, activités habituelles), qu'en avez-vous pensé ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

Opinion sur votre hospitalisation

29. Quelle est votre **opinion générale sur l'ensemble de votre séjour** (accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie) ?

➤ Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne / Sans avis

Pour en savoir plus

➤ **Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?**

➤ **Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?**

➤ **Avez-vous des points d'amélioration à proposer ?**