

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT

### 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. Votre 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                       un proche du patient

**Unité d'hospitalisation à l'hôpital Jean JAURÈS :**

- SMR Polyvalent et Gériatrie                       SMR Hématologie                       SMR Infectiologie

**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 l'envoyant par courrier à l'adresse suivante :  
Hôpital Jean Jaurès – Service qualité  
9-21 Sente des Dorées  
75019 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 /  Bien /  Très bien
2. Que pensez-vous de l'**accueil** dans le **service de soins** ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
3. Que pensez-vous de l'**identification** (présentation, tenue...) des personnes travaillant dans le service de soins (médecins, infirmier(es), aides-soignants(es)...)?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
4. Si vous avez reçu le **livret d'accueil** que pensez-vous de la clarté des informations qu'il contient ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
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... ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
7. Que pensez-vous de la **clarté des réponses** des médecins du service ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
8. Avez-vous (vous ou vos proches) pu **participer aux décisions** concernant vos soins ou votre traitement ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
9. Avez-vous bénéficié d'une **écoute attentive** des professionnels du service de soins ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

---

## 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 apportée ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
11. Que pensez-vous du respect de votre **intimité** lors de votre prise en charge ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien
12. Que pensez-vous du respect de la **confidentialité et du secret professionnel** lors de votre prise en charge ?
  - ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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 ?

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

---

### CHAMBRE ET REPAS

---

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

25. Que pensez-vous de la **variété des plats** qui vous ont été servis ?

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

---

## PREPARATION DE LA SORTIE

---

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

---

## OPINION SUR VOTRE HOSPITALISATION

---

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

- ▶  Mauvais /  Moyen /  Bien /  Très bien

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 ?**

MERCI pour votre participation à cette démarche qualité.