



Questionnaire de Satisfaction en Hospitalisation

Toute l'équipe vous remercie d'avoir choisi notre Établissement.
Votre avis est précieux et contribuera à améliorer la qualité de nos prestations
et de mieux répondre à vos attentes ainsi qu'à celles de votre entourage.
Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire
et nous le remettre lors de votre sortie.

La Direction



Merci de cocher en noir

IDENTIFICATION

Le pôle où vous avez séjourné : Chirurgie Médecine Soins de suite et de réadaptation

Nom (facultatif) Prénom (facultatif) Secteur 1er étage 2ème étage Chambre

Etes-vous volontaire du sang (10 dons minimum) ? Oui Non Date de sortie

ARRIVEE

Vous êtes vous orienté(e) facilement sur le site de Mougins Oui Non

Quel est votre ressenti sur votre prise en charge par le Bureau des Admissions ?

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Non concerné(e)
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>				
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				
Amabilité des interlocuteurs	<input type="checkbox"/>				
Information sur les prestations hôtelières (TV, téléphone, chambre particulière...)	<input type="checkbox"/>				

Le livret d'accueil a-t-il facilité votre séjour ?

Si non, pourquoi ?

Oui Non

ACCUEIL DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)
Première prise de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications sur le déroulement de votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur la sécurité des biens et valeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEJOUR

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)
Informations sur votre état de santé, sur le projet de soins et sur les traitements proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recueil de votre consentement et prise en compte de votre avis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Non concerné(e)
Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				
Aide aux soins de la vie courante	<input type="checkbox"/>				
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Délai de réponse aux sonnettes	<input type="checkbox"/>				

PROFESSIONNELS

Qualité de l'identification : Repérage des différentes fonctions du personnel

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Qualité de la prise en charge

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Non concerné(e)
Les médecins	<input type="checkbox"/>				
Le responsable du service	<input type="checkbox"/>				
Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>				
Les kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>				

PRESTATIONS HOTELIERES

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Non concerné(e)
Propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>				
Confort de la chambre	<input type="checkbox"/>				
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>				
Variété des repas	<input type="checkbox"/>				
Respect de votre régime	<input type="checkbox"/>				

SORTIE

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)
Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information pour assurer la continuité des soins après votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPRESSION GENERALE

Etes-vous satisfait(e) de votre séjour au sein de notre établissement?

Très satisfait(e) Satisfait(e) Peu satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Quelle note attribueriez-vous à la qualité de votre prise en charge ? (1 = très mauvaise 10 = excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage ? Oui Non

Vos observations nous intéressent :

Nous vous serions reconnaissants de remettre ce questionnaire, complété,
lors de votre sortie à l'accueil ou dans la boîte prévue à cet effet,
ou de le retourner par courrier à l'attention de :
Hôpital Privé Arnault Tzanck Mougins Sophia Antipolis - B.P. 1250 - 06254 Mougins Cedex.

Vous pouvez également remplir ce questionnaire sur notre site internet www.tzanck.org/mougins