



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

HOSPITALISATION DE JOUR

DP-0056-IMP

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

Nous vous remercions de nous donner votre opinion en remplissant ce questionnaire.
Vos réflexions et commentaires contribueront à améliorer la qualité des soins et des services proposés.

Etes-vous ? ☐ Un homme ☐ Une femme

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

☐ Moins de 18 ans ☐ 18 à 39 ans ☐ 40 à 59 ans ☐ 60 à 74 ans ☐ 74 ans et +

Date d'hospitalisation

 / /

Qui vous a proposé cette l'hospitalisation ?

☐ Endocrinologue du CH de Lunel ☐ Autre médecin du CH de Lunel ☐ votre médecin traitant
☐ Service des urgences ☐ Autre, précisez

ACCUEIL

Votre satisfaction concernant...

	Pas du tout Satisfait	Peu Satisfait	Satisfait	Très satisfait
Le délai d'obtention du rendez-vous	☐	☐	☐	☐
Qualité de l'accueil lors de la prise de RDV avec l'infirmière	☐	☐	☐	☐
Qualité de l'accueil lors de votre venue	☐	☐	☐	☐
Qualité de l'accueil lors des formalités administratives	☐	☐	☐	☐
Signalisation à l'intérieur de l'établissement pour vous guider jusqu'au service	☐	☐	☐	☐

DURANT L'HOSPITALISATION

Avez-vous été satisfait(e) ?

	Pas du tout Satisfait	Peu Satisfait	Satisfait	Très satisfait
Respect des horaires du rendez-vous	☐	☐	☐	☐
Délai d'attente avant votre prise en charge	☐	☐	☐	☐
Avez-vous bien identifié les soignants rencontrés ?	☐	☐	☐	☐
Les soignants vous ont-ils donné des informations claires	☐	☐	☐	☐
Vos échanges ont-ils été confidentiels ?	☐	☐	☐	☐
Respect de votre intimité	☐	☐	☐	☐

	Pas du tout Satisfait	Peu Satisfait	Satisfait	Très satisfait
La salle d'attente était-elle confortable (chaise, bruit, etc..)	☐	☐	☐	☐
Les locaux étaient-ils propres et bien entretenus ?	☐	☐	☐	☐
Avez-vous bien compris les objectifs de votre hospitalisation ?	☐	☐	☐	☐
Les explications médicales fournies étaient-elles compréhensibles ?	☐	☐	☐	☐
Vous êtes-vous senti(e) écouté(e) et respecté(e) ?				

Quel est votre avis sur :

	Pas du tout Satisfait	Peu Satisfait	Satisfait	Très satisfait	Non concerné
Prise en charge par la secrétaire médicale	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par le médecin	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par l'infirmier(re) lors des soins	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par la psychologue	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par l'assistante sociale	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par la diététicienne	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge par la pharmacienne	☐	☐	☐	☐	☐
Conditions d'accueil des personnes à mobilité réduite	☐	☐	☐	☐	☐

FIN DE L'HOSPITALISATION

Avez-vous été satisfait(e) de la qualité des informations reçues concernant ?

	Oui	Non
Les suites à donner à votre hospitalisation (nécessité ou pas d'un nouveau rendez-vous)	☐	☐
Le compte-rendu ou courrier éventuel qui sera envoyé à votre médecin traitant	☐	☐
Les documents remis à la sortie étaient-ils clairs et utiles ?	☐	☐

SATISFACTION GLOBALE

Votre note globale de satisfaction :

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Recommanderiez-vous cet établissement à votre entourage ? Oui ☐ Non ☐

Suggestions d'améliorations :

Si vous le désirez, vous pouvez préciser vos prénom/NOM, adresse postale ou courriel afin de nous permettre, le cas échéant, de répondre à vos commentaires :

Le questionnaire complété est à remettre au personnel du service. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la responsable qualité : qualite@hopital-lunel.fr