

**H Ô P I T A L  
F O R C I L L E S**



**QUESTIONNAIRE  
DE SATISFACTION**

Nom :

Prénom :

Service :

Date de sortie :

**Vous venez d'effectuer un séjour à l'Hôpital Forcilles.**

**Je vous remercie de bien vouloir consacrer quelques instants à remplir un questionnaire qui nous permettra d'améliorer la qualité de nos prestations. Pour chaque question, il vous suffit de cocher la case correspondant à votre choix. Vous voudrez bien déposer ce questionnaire, avant votre départ, dans la boîte aux lettres du service.**

Le Directeur

- **1 - Que diriez-vous de l'ACCUEIL qui vous a été réservé, à VOUS ou À VOS PROCHES, par le SERVICE ADMINISTRATIF lors de votre arrivée ?**
  - Excellent
  - Bon
  - Mauvais
  - Très mauvais
  
- **2 - Pensez-vous que l'ACCUEIL que vous avez reçu lors de votre arrivée dans le(s) SERVICES(s) de SOINS était ?**
  - Excellent
  - Bon
  - Mauvais
  - Très mauvais
  
- **3 - Avez-vous pu IDENTIFIER les FONCTIONS des différentes personnes travaillant dans le service, c'est-à-dire saviez-vous si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante etc. ?**
  - Toujours
  - Presque toujours
  - Souvent
  - Parfois

- **4 - Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre INTIMITÉ étaient ?**
  - Excellentes
  - Bonnes
  - Mauvaises
  - Très mauvaises
  
- **5 - Pendant votre séjour, avez-vous reçu SPONTANÉMENT (SANS ÊTRE OBLIGÉ(E) DE LES DEMANDER) des EXPLICATIONS, sur votre état de santé, votre traitement, votre opération, vos soins, etc. ?**
  - Toujours
  - Souvent
  - Parfois
  - Très rarement ou jamais
  
- **6 - Les explications ou les réponses des MÉDECINS vous ont-elles parues CLAIRES et COMPRÉHENSIBLES ?**
  - Toujours
  - Souvent
  - Parfois
  - Très rarement ou jamais
  
- **7- Si vous aviez besoin d'AIDE pour les activités de la vie courante comme vous laver, vous habiller, manger... avez-vous pu l'obtenir ?**
  - Toujours
  - Souvent
  - Parfois
  - Très rarement ou jamais
  
- **8 - Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des DOULEURS ?**
  - Oui
  - Non
  
- **9 – Si oui, diriez-vous que VOTRE DOULEUR a été prise en charge de manière ?**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise

- **10 - Que pensez-vous de la façon dont les autres INCONFORTS liés à votre maladie ou votre opération, comme des nausées, une mauvaise position, des vertiges, ont été pris en compte ? Diriez-vous qu'elle était :**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise
  - Vous n'avez eu aucun inconfort de ce type
  
- **11 - Dans l'ensemble, diriez-vous que LES SOINS que vous avez reçus à l'hôpital étaient :**
  - Excellents
  - Bons
  - Mauvais
  - Très mauvais
  
- **12 - Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS prescrits à l'hôpital ? Diriez-vous qu'elle était :**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise
  - Vous n'avez pas eu de médicament prescrit dans l'établissement de santé autre que votre traitement habituel
  
- **13 - Lors de votre hospitalisation, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitiez pour PARTICIPER AUX DÉCISIONS concernant vos soins ou votre traitement ?**
  - Toujours
  - Souvent
  - Parfois
  - Très rarement ou jamais
  
- **14 - Si vous avez passé des examens à l'hôpital, que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les COMPLICATIONS possibles ? Diriez-vous qu'elle était :**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise
  - Aucune information donnée
  - Vous n'avez pas eu d'examen invasif

• **15 - Que pensez-vous du CONFORT de votre chambre ? Diriez-vous qu'il était :**

- Excellent
- Bon
- Mauvais
- Très mauvais

• **16 - Que pensez-vous de la PROPRETÉ de votre chambre? Diriez-vous qu'elle était :**

- Excellente
- Bonne
- Mauvaise
- Très mauvaise

• **17 – Que pensez-vous de la TEMPÉRATURE de votre chambre ? Diriez-vous qu'elle était :**

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

• **18 - Avez-vous été gêné(e) par le BRUIT dans votre chambre ?**

- Très souvent
- Assez souvent
- Parfois
- Très rarement
- Jamais

• **19 - Que pensez-vous des REPAS servis à l'hôpital ? Étaient-ils :**

TS : très satisfaisants  
S : satisfaisants  
MS : moyennement satisfaisants  
M : médiocres

- |                             |                             |                            |                             |                            |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ○ Qualité gustative         | TS <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | MS <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| ○ Présentation des plateaux | TS <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | MS <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| ○ Choix des aliments        | TS <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | MS <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| ○ Température appropriée    | TS <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | MS <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| ○ Horaires des repas        | TS <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | MS <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| ○ Respect des horaires      | TS <input type="checkbox"/> | S <input type="checkbox"/> | MS <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |

- **20 - Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les MÉDICAMENTS que vous devrez prendre APRÈS LA SORTIE comme le dosage, les horaires, les effets indésirables... ? Diriez-vous qu'elle était :**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise
  - Aucune information donnée
  - Vous n'aviez pas de médicament à prendre
  
- **21 - Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur la REPRISE DE VOS ACTIVITÉS APRÈS LA SORTIE comme la reprise du travail, du sport, de vos activités habituelles ? Diriez-vous qu'elle était :**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise
  - Aucune information donnée
  
- **22 - Que pensez-vous de l'INFORMATION qui vous a été donnée sur les SIGNES ou les COMPLICATIONS devant vous amener à RE-CONTACTER L'HÔPITAL OU VOTRE MÉDECIN après la sortie? Diriez-vous qu'elle était :**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise
  - Aucune information donnée
  - Aucun risque de complication
  
- **23 - Que pensez-vous de la façon dont votre SORTIE a été ORGANISÉE par exemple, l'annonce de votre date de sortie, votre destination à la sortie... ? Diriez-vous qu'elle était :**
  - Excellente
  - Bonne
  - Mauvaise
  - Très mauvaise

• **24 - Aujourd'hui, pensez-vous que votre SÉJOUR à l'Hôpital Forcilles vous a été BÉNÉFIQUE ? Vous allez :**

- Beaucoup mieux
- Mieux
- Pareil, ni mieux, ni moins bien
- Moins bien
- Beaucoup plus mal

**APPRÉCIATION GÉNÉRALE SUR L'HÔPITAL**

- Excellente
- Bonne
- Mauvaise
- Très mauvaise

**Vos remarques ou suggestions**