



# ↘ QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Date : .....

Hôpital Saint-Philibert

Hôpital Saint-Vincent de Paul

Service d'hospitalisation : .....

Vous venez d'être hospitalisé(e) dans l'un des Etablissements du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille. Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Avant de quitter l'Hôpital, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer l'accueil, la qualité des services et des soins que nous dispensons.

Nous vous remercions de le déposer dans la boîte aux lettres située à cet effet (urgences Saint-Philibert et Saint-Vincent de Paul, admissions Saint-Philibert, accueil Saint-Vincent de Paul) lors de votre sortie. Vous pouvez également l'adresser par la poste au Directeur Général du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

*Les remarques que vous ferez seront strictement confidentielles.*

La Direction



## A VOTRE ARRIVEE

**Vous avez trouvé l'accès à l'établissement :**

Très facile     Facile     Assez difficile     Difficile

**Le stationnement vous a paru :**

Très facile     Facile     Assez difficile     Difficile     Non concerné

**Dans l'établissement, l'accès aux services vous a paru :**

Très facile     Facile     Assez difficile     Difficile



## L'ACCUEIL

**Quelle a été votre impression concernant l'accueil du personnel :**

• aux admissions

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

• aux urgences

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

• dans le service d'hospitalisation

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante

**Si votre hospitalisation était programmée, avez-vous disposé d'une chambre dès votre arrivée :**

Oui     Non     Non concerné

**Vous a-t-on remis le guide d'accueil :**

Oui     Non

**Si oui, y avez-vous trouvé les informations utiles et claires :**

Oui     Non

**Les conditions de l'accueil permettent la confidentialité des informations échangées :**

Oui     Non

**Si vous avez été admis en urgence et si vous avez attendu, le délai d'attente vous a semblé :**

Très satisfaisant     Satisfaisant     Peu satisfaisant     Pas satisfaisant     Non concerné



## DURANT VOTRE SEJOUR

**Avez-vous eu connaissance de l'identité et de la fonction de vos interlocuteurs :**

Toujours     Souvent     Parfois     jamais

**La disponibilité du personnel soignant vous a paru :**

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante

**La disponibilité du personnel médical vous a paru :**

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante

**Les soins vous ont été dispensés avec respect :**

Oui     Non

**La confidentialité sur votre état de santé a été respectée de manière :**

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante

**Vous estimez que votre intimité a été respectée de manière :**

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante

**Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette, ...) vous a semblé :**

Très satisfaisante     Satisfaisante     Peu satisfaisante     Pas satisfaisante     Non concerné

**Vos valeurs culturelles (alimentation, religion, ...) ont été respectées de manière :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

**Si vous avez bénéficié d'examens complémentaires :**

• votre examen s'est déroulé de manière

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

• l'organisation des déplacements nécessaires pour les examens vous a paru

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

• si vous avez attendu, les délais d'attente pour la réalisation des examens vous ont paru

Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Pas satisfaisants  Non concerné

**Si vous avez eu besoin d'un traitement contre la douleur :**

• la rapidité avec laquelle le traitement a été délivré vous a semblé

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

• son efficacité vous a semblé

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

**Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance :**

Oui  Non

**Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante



## LE CONFORT HOTELIER

**Dans votre chambre, vous avez trouvé :**

• le mobilier

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant

• la propreté

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

• le bruit

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant

• la température

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

**Qu'avez vous pensé des repas :**

• la qualité de la nourriture

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

• la quantité de la nourriture

Trop abondante  Suffisante  Insuffisante

• la variété des menus

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

• la température

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

## Les prestations :

• le téléphone

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant  Non concerné

• la télévision

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

• la cafétéria

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

• la bibliothèque

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

## Si la personne hospitalisée est votre enfant :

• l'aménagement du service vous a paru

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant  Non concerné

• l'équipe soignante a répondu à vos inquiétudes de manière

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante  Non concerné

• si votre enfant est en âge de comprendre, a-t-il été informé sur le déroulement des soins

Oui  Non  Non concerné

• avez-vous pu participer aux soins de votre enfant

Oui  Non  Non concerné

• à votre demande, avez-vous pu rester auprès de lui

Oui  Non  Non concerné



## VOTRE DEPART

### Comment considérez-vous l'information reçue :

• sur vos conditions de sortie (jour, heure, mode de transport, formalités administratives)

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

• sur le traitement et les soins à poursuivre

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas satisfaisante

### Accepteriez-vous d'être de nouveau hospitalisé dans le même service en cas de besoin :

Oui  Non

### Comment considérez-vous l'ensemble de votre séjour au sein de l'établissement :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant

Ce questionnaire a été rempli par :  le patient  un proche

## COMMENTAIRES, OBSERVATIONS, SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....