



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 Non concerné

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 Non concerné



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 Non concerné

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 Non concerné

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

Oui Non Non concerné

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

Oui Non Non concerné

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 Non concerné

La disponibilité du personnel soignant vous a paru :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

La disponibilité du personnel médical vous a paru :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

Les soins vous ont été dispensés avec respect :

Oui Non Non concerné

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

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

Vous estimez que votre intimité a été respectée de manière :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

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 Non concerné



LE CONFORT HOTELIER

Dans votre chambre, vous avez trouvé :

• le mobilier

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant Non concerné

• la propreté

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• le bruit

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant Non concerné

• la température

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

Qu'avez vous pensé des repas :

• la qualité de la nourriture

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• la quantité de la nourriture

Trop abondante Suffisante Insuffisante

• la variété des menus

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

• la température

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

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 Non concerné

• sur le traitement et les soins à poursuivre

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante Non concerné

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

Oui Non Non concerné

Conseilleriez-vous l'hospitalisation dans l'établissement à l'un de vos proches en cas de besoin :

Oui Non Non concerné

Ce questionnaire a été rempli par : le patient un proche

COMMENTAIRES, OBSERVATIONS, SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....