



VIVALTO
SANTÉ

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Hôpital privé
de la Miotte

DOC ADM 40 5

VERSION 1	Création	10/12/2010
VERSION 2	Révision : changement de référence (ancienne référence : DOC 125 C/195 A/031 B)	17/11/2014
VERSION 3	Révision : ajout de questions + commentaires/remarques	28/01/2016
VERSION 4	Révision : ajout question ouverte sur le nouvel établissement	07/01/2019
VERSION 5	Révision : modification du logo	10/01/2022
Validation : 11/01/2022	Application : 11/01/2022	Diffusion : 11/01/2022

Vous ou votre enfant avez été hospitalisé(e) dans notre établissement. Cette enquête vous est proposée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge effectuée par les différents services au cours de votre séjour. Vous pouvez répondre de manière anonyme et remettre le questionnaire dans la boîte QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION au sein du service, au personnel du service, ou l'envoyer par courrier à l'adresse suivante :

HOPITAL PRIVE DE LA MIOTTE - Service Qualité - 15 avenue de la Miotte – CS 30109 - 90002 BELFORT CEDEX

Remplir l'enquête de satisfaction : Si vous n'êtes pas concerné(e) ou ne souhaitez pas répondre à certaines questions, vous pouvez cocher la case « ? » ou ne pas répondre.

Service : Chirurgie Ambulatoire Chambre n° : _____ Date de sortie : ____/____/____

Très Satisfaisant Satisfaisant Peu Satisfaisant Insuffisant Non concerné ?

 ?

Votre accueil (ou l'accueil de votre enfant ou proche)

- Etes-vous satisfait(e) de l'accueil réservé au service des admissions
- Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu dans le service de soins
- Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu au bloc opératoire





Votre information

- | | OUI | NON | Sans avis |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Durant votre séjour, avez-vous obtenu des informations claires et suffisantes concernant : | | | |
| - Votre admission ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Votre état de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le déroulement des soins et examens effectués ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Durant votre séjour, avez-vous obtenu des informations claires et suffisantes sur la préparation de votre sortie (date de sortie, traitement, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les soins

- | | | | | | ? |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Durant votre séjour, le personnel vous a-t-il paru : | | | | | |
| - A votre écoute ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Respectueux vis-vis de la dignité, votre intimité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Réactif lors de vos appels (sonnette) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Comment jugeriez-vous la prise en charge de la douleur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Que pensez-vous de l'amabilité et de la disponibilité : | | | | | |
| - De l'équipe médicale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De l'équipe soignante ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les soins spécifiques

- | |  |  |  |  | ? |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| • Si vous en avez eu besoin, comment jugeriez-vous la prise en charge : | | | | | |
| - Par les kinésithérapeutes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Par l'assistante sociale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Par la psychologue ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les soins en dehors du service

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Comment jugeriez-vous la prise en charge par le personnel : | | | | | |
| - Au bloc opératoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Brancardage ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vous accompagnez un enfant hospitalisé

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Etes-vous satisfait(e) des possibilités proposées pour rester auprès de votre enfant durant la nuit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Etes-vous satisfait(e) des possibilités proposées pour prendre vos repas auprès de votre enfant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les prestations, la chambre

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Etes-vous satisfait(e) de la qualité des repas (ou des collations pour le service ambulatoire) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Que pensez-vous des horaires de distribution des repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Etes-vous satisfait(e) : | | | | | |
| - De la propreté de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Du confort de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De la température de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De la qualité et de la quantité des repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - De l'ambiance du service (calme, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre sortie

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Que pensez-vous de l'amabilité et de la disponibilité du personnel administratif (secrétariats, standard, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Que pensez-vous de la visite et des informations délivrées par votre médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Que pensez-vous des informations fournies par l'infirmière ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Que pensez-vous des informations fournies concernant la délivrance des documents nécessaires à votre sortie (ordonnances, documents administratifs et explications, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre opinion générale sur le séjour

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| • Etes-vous satisfait(e) de l'ensemble du séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | OUI | NON | Sans avis | | |
| • Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Vous pouvez laisser vos éventuels commentaires et/ou remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....