

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION (sauf service de Maternité, Chirurgie et Ambulatoire)

Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge au centre hospitalier de Fougères, nous souhaitons connaître votre appréciation sur votre séjour pour mieux répondre à vos attentes.

Les questionnaires sont analysés de façon anonyme et les résultats sont transmis à la direction, aux responsables des services et aux représentants des usagers.

Vous pouvez indiquer vos coordonnées, cela nous permettra de vous répondre si besoin.

Adresse mail : _____

Merci de faire une croix appuyée dans la case choisie (un choix par ligne).

VOTRE SEJOUR

Mois

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Janvier | <input type="checkbox"/> Mars | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Juillet | <input type="checkbox"/> Septembre | <input type="checkbox"/> Novembre |
| <input type="checkbox"/> Février | <input type="checkbox"/> Avril | <input type="checkbox"/> Juin | <input type="checkbox"/> Août | <input type="checkbox"/> Octobre | <input type="checkbox"/> Décembre |

Année de votre séjour

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2025 | <input type="checkbox"/> 2026 | <input type="checkbox"/> 2027 | <input type="checkbox"/> 2028 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

Dans quel(s) service(s) avez-vous été hospitalisé ?

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecine A - Médecine interne | <input type="checkbox"/> Médecine B - Unité AVC | <input type="checkbox"/> Soins médicaux et de réadaptation (SMR) | <input type="checkbox"/> Unité de surveillance continue (USC) | <input type="checkbox"/> Urgences/UHCD |
| <input type="checkbox"/> Médecine aigüe gériatrique (MAG) | <input type="checkbox"/> Pédiatrie - Néonatalogie | <input type="checkbox"/> Unité de soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Unité infectieuse | |

VOTRE ACCUEIL

Etes-vous satisfait(e) de :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
l'accès et la signalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'accueil au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'accueil aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'accueil réservé à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la rapidité de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des informations disponibles dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS SOINS

L'information est suffisante, claire et précise :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
lorsqu'elle est donnée par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lorsqu'elle est donnée par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lorsqu'elle concerne votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez svp

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION (sauf service de Maternité, Chirurgie et Ambulatoire)

Etes-vous satisfait(e) :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
de la qualité des soins dispensés par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la qualité des soins dispensés par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en compte et du soulagement de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait(e) de la relation :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
avec les médecins du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE CONFORT

Etes-vous satisfait(e) :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
du confort de votre chambre, de la propreté, des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des repas : quantité, goûts, variété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

Etes-vous satisfait(e) :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
de l'organisation de votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des informations fournies sur votre ordonnance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SATISFACTION GLOBALE

Satisfaction globale

Pas du tout satisfait

Plutôt pas satisfait

Plutôt satisfait

Tout à fait satisfait

Quelles remarques ou suggestions souhaitez-vous faire pour nous aider à nous améliorer ?