

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOSPITALISATION

**Chers Patients,**

Dans le but de mieux répondre à vos attentes et besoins, nous souhaiterions connaître l'appréciation que vous portez sur votre hospitalisation. N'oubliez pas de remettre le questionnaire à un professionnel du service ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'accueil lors de votre sortie.

*L'équipe du service*

### FAISONS CONNAISSANCE

**Date du séjour :**

**Service :**  Chirurgie  Médecine  SIPO

**Avez-vous reçu un livret d'accueil :**

Oui  Non

**Êtes-vous passé par les urgences :**  Oui  Non

**Pourquoi avoir choisi l'Hôpital Privé d'Ambérieu ?**

Proximité  Recommandation par un tiers  
 Choix du médecin  Autre raison :

### VOTRE ACCUEIL ET VOTRE ADMISSION

**Êtes-vous satisfait concernant :**

- La signalisation des locaux
- L'attente lors de votre admission
- L'accueil du personnel administratif (amabilité, disponibilité)
- La qualité des informations données à l'admission

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOTRE SÉJOUR DANS LES SERVICES DE SOINS

**Êtes-vous satisfait concernant :**

- L'accueil du personnel soignant (amabilité, disponibilité)
- La prise en charge de votre douleur
- Le respect de votre intimité et confidentialité
- La qualité des soins
- Les explications données par le médecin

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOUS ETES PASSÉ AU BLOC OPÉRATOIRE

**Êtes-vous satisfait concernant :**

- La disponibilité et l'amabilité des brancardiers
- L'accueil du personnel au bloc opératoire

Non concerné				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOS OPINIONS SUR LES PRESTATIONS HOTELLIÈRES

**Êtes-vous satisfait concernant :**

- La propreté et le confort de votre chambre
- Le bruit dans le service (jour/ nuit)
- La qualité des menus (variété, quantité, température)
- L'environnement des repas (propreté vaisselle, horaires, service)
- Les prestations annexes (téléphone, télévision, wifi)

Non concerné				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOTRE SORTIE

**Êtes-vous satisfait concernant :**

- La préparation de votre sortie et les informations données pour assurer la continuité des soins
- Le délai d'attente pour votre sortie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Suite ▶**

