



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION • CHIMIOTHÉRAPIE EN HOSPITALISATION

Afin d'apporter votre concours à l'amélioration constante de la qualité de nos prestations, nous vous remercions de prendre quelques instants avec votre entourage pour remplir ce questionnaire et le déposer dans la boîte aux lettres près de la salle de soins.

Avez-vous reçu un livret d'accueil avant votre 1^{ère} hospitalisation ? Oui Non

Etes-vous satisfait(e) :

- = Très Satisfait(e)
- = Satisfait(e)
- = Peu satisfait(e)
- = Insatisfait(e)

DE VOTRE ACCUEIL À VOTRE ARRIVÉE :

par le personnel administratif à l'accueil.....

par le personnel du service de soins.....

de la facilité à identifier la fonction de vos interlocuteurs (médecins, infirmiers, etc.).....

DE L'INFORMATION DONNÉE :

de la clarté des informations pour préparer votre hospitalisation.....

de la clarté des informations lors de la consultation d'accompagnement soignante (non concerné).....

de la clarté des informations que vous avez reçues de votre médecin.....

de la clarté des informations que vous avez reçues de l'équipe soignante.....

de la clarté des informations concernant vos traitements (dont effets indésirables).....

de la recherche de votre participation aux décisions concernant votre traitement.....

DES SOINS :

de l'aide obtenue pour les activités courantes (vous laver, vous vêtir, manger, etc.) (non concerné).....

du délai d'attente avant arrivée du personnel soignant après appel-malade (non concerné).....

de la prise en charge de votre douleur (non concerné, pas de douleur).....

de la prise en charge des autres inconforts liés à la maladie / traitements (nausées, etc.) (non concerné).....

de la prise en compte de votre souffrance morale.....

du respect de votre dignité et de votre intimité.....

du respect de la confidentialité.....

de la qualité globale des soins infirmiers.....

de la qualité globale de la prise en charge médicale.....

DU PERSONNEL :

de la disponibilité et de l'écoute des médecins.....

de la disponibilité et de l'écoute des secrétaires médicales.....

de la disponibilité et de l'écoute du personnel soignant.....

de l'amabilité et de la convivialité du personnel d'entretien.....

de l'attention portée à votre entourage.....

DU CONFORT HÔTELIER :

du confort de votre chambre.....

de la température de votre chambre.....

de la propreté de votre chambre.....

du calme dans le service.....

de la qualité de vos repas.....

de la variété des repas proposés.....

de la quantité servie lors de vos repas.....

DE VOTRE SORTIE :

de la clarté des informations données sur le traitement & les soins à poursuivre à domicile.....

de la clarté des informations sur les signes & les complications devant vous amener à nous recontacter...

de l'organisation de votre sortie (annonce de la date, moyen de sortie, etc.).....

de la clarté & de la rapidité des formalités administratives de sortie.....

Si vous deviez donner une note de 1 à 10 à notre centre :

Suggestions pour améliorer la qualité du séjour :

.....

.....

.....

Informations facultatives : Vos nom et prénom :

Vos coordonnées :

Votre email :

Date de votre séjour : du au Chambre n°