

# Questionnaire de Satisfaction

*Votre Avis nous intéresse*

Nous vous remercions de consacrer quelques instants à ce questionnaire.

**Vous pourrez le remettre à l'accueil ou l'adresser par courrier à  
Mr le Directeur du Centre Hospitalier,  
19 rue des anciens d'A.F.N.  
59230 Saint-Amand-les-Eaux**

## I) SITUATION

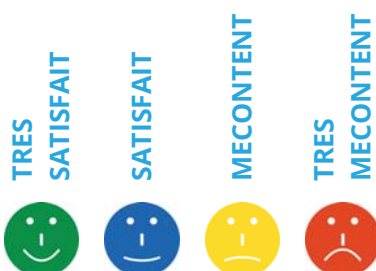
1.1 Quel âge avez-vous ? \_ \_ \_

1.2 Quel est votre sexe ?  Masculin  Féminin

1.3 Dans quel service du Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux avez-vous été hospitalisé(e) ?

-----

1.4 Date de votre séjour : du \_\_ / \_\_ / \_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_



Vos COMMENTAIRES

## II) VOTRE ACCUEIL

2.1 Signalisation des locaux

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

2.2 Accueil du service administratif

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

2.3 Accueil dans l'unité de soins

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

2.4 Accueil dans les autres services  
(radiologie, plateau technique,...)

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

## III) VOS SOINS



3.1 Qualité de la prise en charge  
médicale

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

3.2 Qualité des soins infirmiers

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

3.3 Prise en charge de votre douleur

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

3.4 Respect de votre intimité

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

3.5 Relation établie avec le  
personnel

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

3.6 Disponibilité et écoute du  
personnel

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

## V) VOTRE SEJOUR



5.1 Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.2 Quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.3 Respect du régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.4 Etat du linge fourni (propreté,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.5 Propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.6 Confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.7 Bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.8 Services proposés (TV, téléphone, culte, bibliothèque, visiteurs aux patients....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----
5.9 Globalement, comment jugez-vous vos conditions de séjour à l'hôpital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- -----

OUI                      CERTAINEMENT  
                                 PEUT-ETRE                      NON

## VI) LE CENTRE HOSPITALIER



6.1 Si vous étiez obligé(e) à nouveau de recourir à une structure hospitalière, reviendriez-vous au Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- ----- ----- -----
6.2 Recommanderiez-vous le service dans lequel vous avez été hospitalisé(e) à un proche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----- ----- -----

Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses, à notre volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge.