Le Centre hospitalier de Pfastatt s'efforce d'améliorer la qualité de ses prestations. En remplissant ce questionnaire, vous participerez à améliorer le séjour de ceux qui demain feront appel aux services de l'établissement. Veuillez cocher la case correspondante à votre réponse (OUI - NON - Non Concerné).

Tous les questionnaires sont lus personnellement par le directeur et analysés avec les représentants des usagers en Commission Des Usagers (CDU)

Questionnaire rempli par le patient : ☐ seul ☐ avec une aide : ○ d'un soignant ? ○ d'un proche ?

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE	OUI	NON	Non concerné
L'ACCUEIL			
1. Avez-vous été satisfait de l'accueil qui vous a été réservé :			
- au service Accueil-Admissions ?	☐	☐	☐
- au service d'hospitalisation ?	☐	☐	☐
- au plateau médico-technique (radiologie) ?	☐	☐	☐
VOTRE SEJOUR			
LA RESTAURATION			
2. Avez-vous été satisfait de vos repas :			
- en qualité ?	☐	☐	
- en quantité ?	☐	☐	
3. Avez-vous été satisfait de la prise en compte de votre régime alimentaire ?	☐	☐	☐
L'HOTELLERIE			
4. Avez-vous été satisfait du confort de votre chambre ?	☐	☐	
5. Avez-vous été satisfait de la propreté des locaux ?	☐	☐	
6. Avez-vous été satisfait de la tranquillité dans le service ?	☐	☐	
7. Avez-vous été satisfait des services annexes (TV, téléphone)	☐	☐	☐
LA CONFIDENTIALITE / VOTRE INTIMITE			
8. Estimez-vous que la confidentialité lors de votre hospitalisation a été respectée ?	☐	☐	
Si votre réponse est négative, merci de préciser :			
9. Estimez-vous que votre intimité a été respectée ?	☐	☐	
Si non, expliquez pourquoi :			
LES SOINS MEDICAUX			
10. Avez-vous été satisfait des soins médicaux réalisés ?	☐	☐	
11. Pensez-vous que l'on ait fait tout ce qui était possible pour calmer votre douleur ?	☐	☐	☐
12. Avez-vous reçu des informations satisfaisantes concernant votre maladie ?	☐	☐	☐
13. Avez-vous donné votre consentement oral pour les soins et les examens pratiqués ?	☐	☐	☐
14. Avez-vous été informé de la nature et du déroulement des examens réalisés ?	☐	☐	☐
15. Avez-vous pu vous entretenir avec le médecin du service ?	☐	☐	☐
16. Avez-vous donné votre consentement pour que votre entourage rencontre le médecin ?	☐	☐	☐
Si OUI, cette rencontre a-t-elle eu lieu ?	☐	☐	

CE DOCUMENT EST LA PROPRIETE EXCLUSIVE DU CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT
TOUTE REPRODUCTION PARTIELLE OU COMPLETE EST INTERDITE SAUF AUTORISATION ECRITE DE LA DIRECTION

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE	OUI	NON	Non concerné
LES SOINS PARAMEDICAUX			
17. Avez-vous été satisfait des soins paramédicaux ?			
- infirmiers - aides-soignants	☐	☐	☐
- kinésithérapeute	☐	☐	☐
- assistante sociale	☐	☐	☐
- ergothérapeute	☐	☐	☐
18. Avez-vous été satisfait des soins réalisés ?			
- le jour	☐	☐	
- la nuit	☐	☐	
- le week-end	☐	☐	
LE PERSONNEL			
19. Avez-vous été satisfait de l'attitude du personnel à votre égard ? *(amabilité, attention, gestes et paroles)*			
- équipe médicale ?	☐	☐	☐
- équipe soignante ?	☐	☐	☐
20. Avez-vous été satisfait de sa disponibilité ?			
- équipe médicale ?	☐	☐	
- équipe soignante ?	☐	☐	
APPRECIATIONS GENERALES			
21. Vous a-t-on présenté le livret d'accueil ?	☐	☐	
22. Êtes-vous satisfait de votre séjour ?	☐	☐	
23. En cas de nouvelle hospitalisation, reviendrez-vous dans l'établissement ?	☐	☐	

CRITIQUES ET/OU SUGGESTIONS

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Votre service d'hospitalisation .....

Dates de votre séjour : du __ __ / __ __ / 20__ __ au __ __ / __ __ / 20__ __

Renseignements facultatifs :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __

Vous pouvez :

- *Soit remettre le questionnaire rempli au responsable du service, soit le déposer à l'accueil (entrée principale)*
- *Soit l'adresser directement à :*

Monsieur le directeur du Centre hospitalier de Pfastatt 1 rue Henri Haeffely 68120 PFASTATT

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

CE DOCUMENT EST LA PROPRIETE EXCLUSIVE DU CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT
TOUTE REPRODUCTION PARTIELLE OU COMPLETE EST INTERDITE SAUF AUTORISATION ECRITE DE LA DIRECTION