CENTRE HOSPITALIER PFASTATT	**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOPITAUX DE JOUR** Droits des patients	Code : AAF/FR/042 Version : 01 Date d'application : 01/07/2026 Page 1 sur 2

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

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 ?

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
L'ACCUEIL				
A votre arrivée à l'Hôpital de Jour avez-vous été satisfait de l'attitude du personnel à votre égard :				
- du service administratif ?	☐	☐	☐	☐
- du personnel soignant ?	☐	☐	☐	☐
- du personnel médical ?	☐	☐	☐	☐
- de l'équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, psychologue, art-thérapeute …)	☐	☐	☐	☐

Observations :

LES SOINS MEDICAUX

Avez-vous été satisfait de la disponibilté du médecin de service ?	☐	☐	☐	☐
Avez-vous été satisfait des soins réalisés ?	☐	☐	☐	☐
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de la douleur ?	☐	☐	☐	☐
Avez-vous été satisfait des informations concernant votre maladie ?	☐	☐	☐	☐

	OUI	NON
Avez-vous donné votre consentement oral pour les soins et les examens pratiqués ?	☐	☐
Avez-vous été informé de la nature et du déroulement des examens réalisés ?	☐	☐
Vos proches ont-ils eu la possibilté de rencontrer le médecin ?	☐	☐

Observations :

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
LES SOINS PARAMEDICAUX				
Êtes-vous satisfait				
- des soins reçus ?	☐	☐	☐	☐
- des activités proposées ?	☐	☐	☐	☐
- des jours et horaires des séances ?	☐	☐	☐	☐

	OUI	NON
Si un sujet vous tenait particulièrement à cœur, avez-vous pu en parler?	☐	☐

Observations :

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
APPRECIATIONS GENERALES				
Avez-vous été satisfait de votre repas				
- en quantité ?	☐	☐	☐	☐
- en qualité ?	☐	☐	☐	☐
Avez-vous été satisfait des locaux de l'hôpital de jour ?	☐	☐	☐	☐

	OUI	NON
En cas de nouvelle hospitalisation, reviendrez-vous dans l'établissement ?	☐	☐

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT (FACULTATIF)

Votre service d'hospitalisation :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel :

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 - Centre hospitalier de Pfastatt - 1 rue Henri Haeffely - 68120 PFASTATT

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION