

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - MCO

Le personnel de l'hôpital de Wissembourg vous sollicite pour remplir ce questionnaire de sortie. Il nous permettra de juger de votre niveau de satisfaction durant votre séjour dans notre établissement. Les réponses obtenues, vos suggestions et vos remarques nous permettront d'améliorer encore la qualité des soins et les prestations.

Le personnel se tient à votre disposition, si besoin, pour vous aider à remplir le questionnaire.
Merci d'avance pour le temps que vous y consacrerez.

- Service ou unité d'hospitalisation : _____
- Mois de sortie :

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Ce questionnaire est rempli par :

☐ Le patient	☐ Un parent ou un proche
☐ Le patient avec un membre du personnel	
- Vous avez choisi notre hôpital parce que :

☐ Votre médecin (généraliste / spécialiste) vous l'a conseillé
☐ L'hôpital a bonne réputation
☐ Vous habitez à proximité de l'hôpital
☐ Vous étiez satisfait d'une hospitalisation antérieure
☐ Un proche (membre de la famille, ami) vous l'a recommandé
☐ Autre(s), à préciser : _____

ETES-VOUS SATISFAIT(E) ...



L'ACCUEIL

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De l'accessibilité de l'établissement (transport, parking, signalétique) ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De votre accueil : - au service des admissions ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - au service des urgences, si vous y êtes passés ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - dans le service ou l'unité d'hospitalisation ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

LA PRISE EN CHARGE

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De la disponibilité : | | | | | |
| - des médecins / chirurgiens ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - des infirmier(e)s / aide-soignant(e)s ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De votre participation (ou celle de vos proches) concernant vos soins ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De la clarté des informations qui vous ont été données sur : | | | | | |
| - le diagnostic et le(s) motif(s) de votre hospitalisation ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - le déroulement de votre prise en charge ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De la prise en compte de votre douleur ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Du respect de votre intimité et de votre dignité ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De la prise en compte de votre consentement ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Du respect de la confidentialité des informations vous concernant ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Des délais d'attente ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Si vous estimez avoir attendu trop longtemps au cours de votre séjour, indiquez à quelle(s) occasion(s) :

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Lors d'une consultation | ☐ Aux urgences | ☐ Lors du passage au bloc opératoire |
| ☐ Lors d'examen | ☐ Lors de l'attente des résultats d'examen | |
| ☐ Autre(s), à préciser : _____ | | |



LA CHAMBRE ET LES REPAS

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Du confort de votre chambre ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • De l'entretien et de la propreté de votre chambre ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • De la qualité des repas qui vous ont été servis ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

LES PRESTATIONS DIVERSES

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Du téléphone ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • De la télévision ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • De la connexion Wifi gratuite ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • De la cafétéria ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

L'ORGANISATION DE LA SORTIE

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • De la façon dont votre sortie a été organisée? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| • De la clarté des informations qui vous ont été données sur : | | | | | |
| - les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - les soins ou traitement à poursuivre à votre domicile ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - le suivi après votre sortie ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

VOTRE APPRECIATION GLOBALE DU SEJOUR

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous été informé(e) :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| • de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement? | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| • de la possibilité de désigner une personne de confiance ? | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| • de la possibilité de formuler vos directives anticipées ? | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |

AVEZ-VOUS D'AUTRES COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS A FORMULER ?

Merci de faire parvenir ce questionnaire à la Direction du Centre Hospitalier :

- Soit en le remettant dans l'urne du service ou de l'unité où vous avez été hospitalisé(e)
- Soit en le remettant au Cadre de santé du service ou de l'unité
- Soit en l'adressant directement à

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier
24 Route de Weiler
67166 WISSEMBOURG

