

Donnez-nous votre avis

Vous venez d'effectuer un séjour au Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet. C'est depuis toujours la vocation des hospitaliers d'accueillir et de soigner en rendant au patient le meilleur service possible.

Afin d'améliorer la qualité des soins de notre établissement, nous vous invitons à remplir ce **questionnaire de satisfaction**. Une enveloppe « T » pour son envoi postal sans affranchissement est disponible à l'accueil sur demande.

Les renseignements ainsi recueillis auprès des patients feront l'objet d'un suivi régulier par les services concernés dans un but d'amélioration continue du service rendu au patient.

Si vous préférez vous exprimer oralement, le Directeur en charge de la Patientèle, pourra vous recevoir sur rendez-vous au 05.63.71.64.85.

Service d'hospitalisation :

Date de sortie :

L'ACCUEIL

1. Exprimer votre degré de satisfaction sur l'accueil qui vous a été réservé :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
Aux bureaux des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'arrivée dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pris connaissance du livret d'accueil du CHIC (livret re admissions, ou dans la chambre)			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

LE CONFORT

2. Concernant l'ensemble des prestations hôtelières, exprimez votre degré de satisfaction sur les points suivants :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non Concerné
Le repas a-t-il été à votre goût ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'assaisonnement des repas (sel, poivre...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit de la ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit lié aux activités de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres bruits (voisinage, parking, bruits extérieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès à différents services (télévision, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SEJOUR

3. Concernant l'ensemble des soins que vous avez reçus, exprimez votre degré de satisfaction sur les points suivants :

Dès les 1ers jours, avez-vous eu connaissance de l'identité du médecin qui vous a pris en charge ? OUI NON

Vous a-t-on demandé votre avis sur les traitements et examens proposés ? OUI NON

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent	Non Concerné
La qualité des soins	<input type="checkbox"/>				
Le respect de vos droits (dignité, intimité, liberté, confidentialité)	<input type="checkbox"/>				
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				
La disponibilité, l'écoute du personnel médical	<input type="checkbox"/>				
La disponibilité, l'écoute du personnel soignant	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous eu le sentiment d'avoir obtenu toutes les informations que vous souhaitiez concernant...					
Votre état de santé	<input type="checkbox"/>				
Les médicaments et leurs effets	<input type="checkbox"/>				
L'évolution de votre état de santé	<input type="checkbox"/>				
Les horaires pour les visiteurs	<input type="checkbox"/>				
L'accueil de votre entourage	<input type="checkbox"/>				
Si votre mobilité était réduite, êtes-vous satisfait de l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilettes...)	<input type="checkbox"/>				

VOTRE SORTIE

4. Exprimez votre degré de satisfaction sur la préparation de votre sortie :

Au moment où vous remplissez ce questionnaire, est-ce-que la préparation de votre sortie à déjà été organisée ?

OUI

NON

Si oui, merci de compléter les questions ci-dessous :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
Informations médicales (ordonnances, conduite à tenir au domicile...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formalité administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation du retour au domicile personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE APPRECIATION GLOBALE

5. Concernant votre séjour, dans l'ensemble, vous avez été :

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Mécontent

Nous vous remercions d'avoir pris de votre temps pour remplir ce questionnaire de satisfaction.

Nom, Prénom, Adresse Complète (Facultatif) : _____
