

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 remis aux admissions, ou dans la chambre, ou consultable sur le Terminal Multi Média			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	OUI	NON	Mécontent
Avez-vous choisi vos repas ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre choix a-t-il été respecté :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
La qualité des repas	<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"/>
La température des repas	<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"/>
L'assaisonnement des repas (sel, poivre...)	<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"/>
Le confort de la chambre	<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"/>
Le bruit de la ventilation	<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"/>
Autres bruits (voisinage, parking, bruits extérieurs)	<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"/>

## VOTRE SEJOUR

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

Dès les 1<sup>ers</sup> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Le respect de vos droits (dignité, intimité, liberté, confidentialité, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité, l'écoute du personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité, l'écoute du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous eu le sentiment d'avoir obtenu toutes les informations que vous souhaitez concernant...**

Votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médicaments et leurs effets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'évolution de votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires pour les visiteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil de votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE SORTIE

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

OUI

NON

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

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.

Si toutefois vous souhaitez nous écrire vous pouvez le faire via :

- Notre site internet [www.chic-cm.fr](http://www.chic-cm.fr) à la rubrique « contact » ou en cliquant sur le lien suivant (ou en le copiant dans le moteur de recherche) : <http://www.chic-cm.fr/accueil/contact.php>
- Par mail : [direction@chic-cm.fr](mailto:direction@chic-cm.fr)
- Par courrier à l'adresse : CHIC Castres-Mazamet Direction Générale – 6 Avenue de la Montagne Noire – BP 30417- 81108 Castres Cedex

Nom/ Prénom/ Adresse complète (facultatif) :