





QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION





Madame, Mademoiselle, Monsieur,




Vous avez été reçu(e) au Centre des Massues et nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi satisfaisant que possible

En remplissant ce questionnaire, vous nous aidez , par vos remarques et suggestions, à améliorer encore nos prestations. Vous pouvez nous l'adresser :

- via la **boîte aux lettres** prévue à cet effet dans votre service
- en le remettant au cadre de santé ou au **secrétariat** de votre service
- par **voie postale** : Centre des Massues au Service Qualité, 92 rue E. Locard 69322 Lyon cedex 05

Avant votre admission au Centre des Massues, vous venez de	o Votre domicile		o Un autre hôpital	
L'ACCUEIL et L'ADMISSION				
Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli(e) vous ont semblé :	Excellentes	Bonnes	Moyennes	Mauvaises
1 - Au bureau des entrées				
2 - Dans le service				
Les formalités administratives :	Suffisants		Insuffisants	
3 - les renseignements reçus avant votre hospitalisation ont été :				
4 - le temps consacré aux formalités administratives lors de votre arrivée vous a paru	Court	Moyen	Long	Très long
Le livret d'accueil :	OUI		NON	
5 - Le livret d'accueil vous a t'il été remis ?				
Commentaires :				
.....				
.....				
.....				

LES SOINS Avez-vous été satisfait(e) de				
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
6) votre prise en charge médicale				
7) votre prise en charge en rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, appareillage...)				
8) les soins infirmiers de jour				
9) les soins infirmiers de nuit				
10) l'aide obtenue pour les activités de la vie courante (vous laver, vous habiller...) si vous en aviez besoin				
11) les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité				
12) La prise en compte de votre douleur le jour				
13) La prise en compte de votre douleur la nuit				





POUR LES ENFANTS : Avez-vous été satisfait(e)				
14) de la prise en charge par le service éducatif				
15) du service Animation				

Commentaires :

.....

.....

.....



LE PERSONNEL Avez-vous été satisfait(e) de l'attitude et la disponibilité :				
16) des secrétariats				
17) des brancardiers				
18) du service social				





Commentaires :





.....

.....

.....

L'INFORMATION		
Votre médecin vous a-t-il donné suffisamment d'informations sur	OUI	NON
19) Votre maladie et/ou handicap :		
20) Votre traitement :		
21) Vous avez pu en discuter avec lui :		
Vous avez reçu	OUI	NON
22) des informations claires et suffisantes sur l'organisation de votre séjour		
23) des informations claires et suffisantes sur votre emploi du temps		
24) des informations sur vos droits en tant que patient (<i>personne de confiance, Commission Des Usagers...</i>)		
Commentaires :		

LA VIE AU QUOTIDIEN				
Avez-vous été satisfait(e) :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
25) du confort de votre chambre				
26) de l'entretien de votre chambre				
27) de l'entretien des locaux communs (accueil, salles de kiné, salons ...)				
28) des services et prestations, de la boutique				
Commentaires :				

La RESTAURATION				
Que pensez-vous de:	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
29) La qualité de la nourriture?				
30) La quantité proposée?				
31) Du respect de votre régime alimentaire?				
32) Du service ?				
Commentaires :				

Si vous êtes venu pour une intervention chirurgicale				
33) Avez-vous eu froid au bloc ?	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous été satisfait de	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
34) L'accueil au bloc				
35) Les conditions de votre réveil				
36) La prise en charge de votre douleur au réveil				

VOTRE SEJOUR	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
37) La préparation de votre sortie vous a semblé				
38) Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les médicaments que vous deviez prendre après la sortie (le dosage, les horaires, les effets indésirables...)?				

APPRECIATION GLOBALE	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
39) Votre appréciation d'ensemble de votre séjour au Centre des Massues : vous êtes				
Commentaires :				

Merci de nous préciser :	Votre service :
	Date :

Vos noms et adresse (facultatif) :