

Enquête de satisfaction – Hospitalisation classique

Site de WARQUIGNIES



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de toujours améliorer la qualité de notre service, nous vous remercions de nous faire part de votre avis au travers de ce questionnaire. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par : le/la patient(e) un accompagnant du patient les deux ensemble
- Age du patient : _____ ans Sexe du patient : féminin masculin Code postal du patient : _____
- Etes-vous en situation de mobilité réduite ? Non Oui, temporairement Oui, de manière permanente
- Pourquoi avez-vous choisi notre hôpital ? (Vous pouvez cocher **plusieurs réponses**) :

<input type="checkbox"/> Réputation de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Confiance dans la qualité des soins
<input type="checkbox"/> Réputation du service de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil de votre médecin traitant
<input type="checkbox"/> Réputation d'un médecin spécialiste de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Conseil d'un médecin spécialiste extérieur
<input type="checkbox"/> Proximité de l'hôpital par rapport à votre logement	<input type="checkbox"/> Conseil d'un proche (famille, ami, voisin, ...)
<input type="checkbox"/> Suite à une hospitalisation antérieure satisfaisante	<input type="checkbox"/> Pour être soigné(e) plus rapidement
<input type="checkbox"/> Suite à une consultation réalisée dans cet hôpital	<input type="checkbox"/> Par facilités financières (mutualités, assurances, ...)
<input type="checkbox"/> Par habitude	<input type="checkbox"/> Pas choisi (urgence, ambulance, ...)
<input type="checkbox"/> Pour une réhospitalisation suite à un même problème	<input type="checkbox"/> Autre raison :

VOTRE HOSPITALISATION

- Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée)? Oui Non
- Avez-vous été pris(e) en charge par le service des urgences juste avant d'être hospitalisé(e) ? Oui Non
- Après les formalités d'admission à votre arrivée, avez-vous obtenu rapidement votre chambre ? Oui Non
 - Combien de temps avez-vous dû attendre votre chambre ? Pas d'attente Moins de 30 minutes
 Entre 30 min et 1h Plus d'1h
- Durant votre séjour, dans quel type de chambre avez-vous séjourné ? 1 lit 2 lits
 - Etait-ce votre demande de pouvoir séjourner dans ce type de chambre ? Oui Non
 - Avez-vous dû changer de chambre durant votre séjour (excepté le service d'urgences)? Oui Non
 - Quel est le numéro de votre chambre actuelle ?..... Ou le nom du service ?
- Dans l'heure suivant votre installation en chambre, avez-vous rencontré une infirmière du service ? Oui Non
- Avez-vous rencontré l'infirmier(e)-chef ou sa remplaçante dans les 24h après votre arrivée ? Oui Non
- Avez-vous rencontré un médecin dans les 24h suivant le début de votre hospitalisation ? Oui Non
- Avez-vous rencontré un(e) assistant(e) social(e) de l'hôpital durant votre séjour ? Oui Non
- A votre arrivée à l'hôpital, par rapport à votre santé :
 - comment jugiez-vous votre état de santé ? Excellent Bon Moyen Mauvais
 - quel était votre niveau d'anxiété ? Aucun Modéré Elevé Extrême
- Avez-vous été opéré(e) au cours de ce séjour (intervention chirurgicale) ? Oui Non
 - Si oui, cette opération était-elle planifiée avant votre admission à l'hôpital ? Oui Non
 - Si oui, avez-vous rencontré le chirurgien avant le jour de l'opération ? Oui Non
 - Si oui, avez-vous rencontré l'anesthésiste avant le jour de l'opération ? Oui Non
- Lors du séjour, avez-vous éprouvé des douleurs ? Jamais Parfois Souvent En permanence
- Avez-vous été pris(e) en charge par l'unité des soins intensifs pendant votre hospitalisation ? Oui Non
- Avez-vous reçu des informations sur vos droits et devoirs en tant que patient ? Oui Non

Ci-dessous, nous vous demandons d'exprimer comment le personnel de l'hôpital s'est comporté à votre égard durant ce séjour, en exprimant au mieux la fréquence allant de « jamais » à « toujours » sur les affirmations qui vous concernent.

INFORMATION ET ATTITUDE DU PERSONNEL	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Sans avis
Le personnel de l'hôpital (dans son ensemble) :					
- est poli et courtois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est présenté à vous en vous donnant son nom et sa fonction dans l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a pris le temps de vous écouter attentivement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous a clairement informé sur votre état de santé et a répondu à vos questions à ce sujet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est inquiété de vos douleurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est préoccupé de soulager rapidement vos douleurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous a clairement informé en quoi consistait les soins, traitement, intervention et/ou examens réalisés et leurs conséquences ou risques associés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a été attentif à vous impliquer dans les décisions vous concernant (traitement, soins,...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- s'est lavé ou désinfecté les mains avant d'effectuer des soins, examens, traitements et/ou intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a vérifié votre nom, prénom, date de naissance et/ou bracelet d'identification lors des soins, examens, traitements et/ou intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a été attentif au respect de votre intimité et de votre pudeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a été attentif à respecter vos convictions personnelles, philosophiques ou religieuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Par rapport à votre expérience, nous vous demandons de nous donner votre appréciation à propos de chaque élément cité, sur une échelle allant de 1 à 5 (1 = très insatisfaisant à 5 = très satisfaisant). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer les lettres NC (= Non Concerné).

	Très insatisfaisant ☹		Très satisfaisant ☺			Non concerné
VOTRE ARRIVEE A L'HÔPITAL						
• Informations reçues avant votre séjour pour préparer votre hospitalisation	1	2	3	4	5	NC
• Intérêt du site Internet de l'hôpital si vous l'avez consulté	1	2	3	4	5	NC
• Accès à l'hôpital (signalisation, transport, parking, ...)	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge aux urgences si passage par ce service	1	2	3	4	5	NC
• Serviabilité du personnel administratif à l'accueil	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur les aspects administratifs et financiers de l'hospitalisation	1	2	3	4	5	NC
• Facilité d'orientation dans l'hôpital (signalétique,...)	1	2	3	4	5	NC
INSTALLATION DANS VOTRE CHAMBRE						
• Accueil lors de votre arrivée dans le service	1	2	3	4	5	NC
• Attention portée à votre bonne installation en chambre	1	2	3	4	5	NC
• Informations données lors de votre installation pour votre séjour	1	2	3	4	5	NC
• Utilité de la brochure d'accueil si vous l'avez lue	1	2	3	4	5	NC
RELATIONS AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER						
• Disponibilité du personnel infirmier à votre égard durant votre séjour	1	2	3	4	5	NC
• Sensibilité du personnel infirmier à vos besoins	1	2	3	4	5	NC
• Ecoute et réponses à vos questions par le personnel infirmier	1	2	3	4	5	NC
• Réactivité du personnel infirmier à vos demandes ou en cas de problème	1	2	3	4	5	NC

	Très insatisfaisant		Très satisfaisant			Non Concerné
	☹			☺		
RELATIONS AVEC LES MEDECINS						
• Rencontre suffisante du ou des médecins durant votre séjour	1	2	3	4	5	NC
• Explications médicales claires sur votre état de santé et traitement	1	2	3	4	5	NC
• Ecoute et réponses à vos questions par les médecins	1	2	3	4	5	NC
SOINS et PRISE EN CHARGE						
• Personnalisation des soins à votre situation et à votre état de santé	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge globale de vos problèmes de santé	1	2	3	4	5	NC
• Perception de la qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5	NC
• Perception de la qualité des soins médicaux	1	2	3	4	5	NC
• Collaboration entre les différents intervenants pour bien vous soigner	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge par le/la kinésithérapeute	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge par le/la diététicien(ne)	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge autre : <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> logopède <input type="checkbox"/> ergothérapeute	1	2	3	4	5	NC
• Ecoute et soutien par l'assistant(e) social(e)	1	2	3	4	5	NC
• Organisation des soins et examens en dehors de votre chambre	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge par le service de brancardage	1	2	3	4	5	NC
• Contact avec des bénévoles	1	2	3	4	5	NC
• Sentiment de sécurité ressenti à l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge aux soins intensifs si passage par ce service	1	2	3	4	5	NC
INFORMATIONS et COMMUNICATION DURANT LE SEJOUR						
• Informations sur le déroulement de votre séjour	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur la nature des soins, examens et traitement	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur vos droits et devoirs en tant que patient	1	2	3	4	5	NC
• Information donnée en cas de retard (médecin, infirmière, rendez-vous,...)	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité de poser des questions sur votre état de santé	1	2	3	4	5	NC
• Cohérence des informations reçues de la part des différents intervenants	1	2	3	4	5	NC
• Sentiment que les informations vous concernant restent confidentielles	1	2	3	4	5	NC
• Informations fournies à vos proches	1	2	3	4	5	NC
HOTELLERIE et ENVIRONNEMENT						
• Aspect de l'hôpital (apparence, décors, propreté,...)	1	2	3	4	5	NC
• Facilité de déplacement et de circulation au sein de l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
• Modernité des équipements hospitaliers	1	2	3	4	5	NC
• Espace de détente et/ou de balade en dehors de votre chambre	1	2	3	4	5	NC
• Services commerciaux à disposition (magasin, cafétéria, distributeur,...)	1	2	3	4	5	NC
• Aspect et décoration du service dans lequel vous êtes hospitalisé(e)	1	2	3	4	5	NC
• Calme dans le service durant la nuit	1	2	3	4	5	NC
• Aspect et confort de votre chambre (lit, sanitaires, fauteuil,...)	1	2	3	4	5	NC
• Equipement à disposition dans la chambre (TV, tél., Internet, frigo,...)	1	2	3	4	5	NC
• Propreté et entretien de votre chambre durant votre séjour	1	2	3	4	5	NC
• Repas proposés au patient	1	2	3	4	5	NC
• Horaires des visites	1	2	3	4	5	NC
• Confort nécessaire pour l'accueil des visiteurs	1	2	3	4	5	NC
• Respect de votre bien-être par les autres patients et les visiteurs	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité de se reposer quand souhaité	1	2	3	4	5	NC

	Très insatisfaisant		Très satisfaisant			Non concerné
	☹	☺	☺	☺	☺	
EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE DURANT LE SEJOUR (sinon, passez à la section suivante)						
• Informations données par le chirurgien sur l'utilité et les risques de l'intervention avant l'opération	1	2	3	4	5	NC
• Disponibilité du chirurgien pour répondre à vos questions	1	2	3	4	5	NC
• Attention portée à votre préparation avant l'opération	1	2	3	4	5	NC
• Attention à votre confort lors du passage au bloc opératoire	1	2	3	4	5	NC
• Attention au respect de votre intimité lors du passage au bloc opératoire	1	2	3	4	5	NC
• Contact avec l'anesthésiste	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge de votre douleur en salle de réveil	1	2	3	4	5	NC
• Informations fournies à vos proches durant l'opération	1	2	3	4	5	NC
• Suivi et contact avec le chirurgien après l'opération	1	2	3	4	5	NC
PREPARATION DE VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL						
• Informations reçues sur les points d'attention liés à votre état de santé consécutif à votre maladie ou à votre opération	1	2	3	4	5	NC
• Informations reçues pour votre sortie de l'hôpital concernant :						
○ la prise de médicaments, le traitement,...	1	2	3	4	5	NC
○ les prescriptions, les nouveaux rendez-vous,...	1	2	3	4	5	NC
○ les conseils pour la suite, les aides éventuelles,...	1	2	3	4	5	NC
• Organisation de votre sortie en collaboration avec le service en vue de votre retour à domicile ou vers une autre institution	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité de poser des questions avant votre départ	1	2	3	4	5	NC

EVALUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre séjour à l'hôpital** ?
 ☹ Très insatisfait(e) Insatisfait(e) Neutre Satisfait(e) Très satisfait(e) ☺
- **Recommanderiez-vous le service dans lequel vous venez d'être hospitalisé(e)** à des proches ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- Si vous deviez à l'avenir être hospitalisé(e), **choisiriez-vous** notre hôpital ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- Vous êtes-vous senti(e) considéré(e) par le personnel comme un(e) **réel(le) partenaire** dans votre prise en charge ?
 ☹ Pas du tout Plutôt pas Neutre Plutôt oui Tout à fait ☺
- Les **attentes relatives à votre santé ont-elles été rencontrées** au terme de cette hospitalisation ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- Avez-vous **confiance dans la volonté de l'hôpital** de tout mettre en œuvre pour bien vous soigner ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺

VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL

- Quelle aura été la durée totale de votre hospitalisation pour ce séjour-ci ? _____ jours
- Comment ressentez-vous votre départ de l'hôpital ? Trop précocce Au bon moment Trop tardif
- Avez-vous pu donner votre avis sur le moment de votre sortie de l'hôpital ? Oui Non
- Votre médecin traitant va-t-il être informé des conclusions de votre hospitalisation ? Oui Non Ne sais pas
- Avez-vous des remarques ou suggestions par rapport à votre séjour ou pour améliorer les services proposés ?

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire !