



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire.

Vous pouvez le déposer auprès du secrétariat médical du service, au bureau des entrées, dans la boîte aux questionnaires à votre disposition au Standard ou encore l'adresser par courrier à M. le Directeur du CH de GISORS - route de Rouen - BP 83 - 27140 Gisors.

<p><b>Service :</b></p> <p>Urgences <input type="checkbox"/></p> <p>Consultations externes <input type="checkbox"/></p> <p>Maternité-gynécologie <input type="checkbox"/></p> <p>Chirurgie/ambulatoire <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Facultatif :</b></p> <p>Votre nom : .....</p> <p>Votre prénom : .....</p> <p>Date de sortie : .....</p>
<p>Médecine/court séjour gériatrique <input type="checkbox"/></p> <p>Soins de suite et Réadaptation <input type="checkbox"/></p> <p>Radiologie-Scanner <input type="checkbox"/></p>	

**► Votre âge :**       0-18 ans       19-34 ans       35-65 ans       plus de 65 ans

### ► Votre avis sur l'orientation dans l'établissement

La signalétique à l'extérieur et à l'intérieur de l'établissement vous a-t-elle permis de trouver facilement votre chemin ?

oui       non

### ► Votre avis sur la qualité de l'accueil

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Au bureau des admissions (si passage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux urgences (si passage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux consultations externes (si passage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'unité d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>D'une façon générale :</i>				
Courtoisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ► Votre avis sur la qualité des soins et de l'information

<i>Estimez-vous avoir été suffisamment informé sur :</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les actes pratiqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leurs risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre traitement médical de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'identification des professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ► Votre avis sur le respect de la dignité et de l'intimité

	Oui	Non
Lors des différentes étapes de votre prise en charge, avez-vous eu le sentiment d'être respecté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lors des différents transports dans l'établissement (examens, radios, ...)</i>		
A-t-on respecté votre confort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on respecté votre pudeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**► Votre avis sur la prise en charge de la douleur**

Avez-vous eu mal pendant votre hospitalisation ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	Enormément <input type="checkbox"/>
Votre douleur a-t-elle été soulagée ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>	Enormément <input type="checkbox"/>

Pensez-vous que l'on ait fait tout ce qui était possible pour calmer votre douleur ?

oui  non

Si vous avez subi une intervention, quand avez-vous eu le plus mal ?

Avant votre intervention	<input type="checkbox"/>
En salle de réveil	<input type="checkbox"/>
Après votre intervention	<input type="checkbox"/>

**► Votre avis sur l'hôtellerie au cours de votre hospitalisation**

Que pensez-vous de votre chambre ?	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquillité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous de vos repas ?	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Présentation du plateau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous des autres services ?	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous aviez un élément que vous souhaiteriez voir améliorer, lequel serait-il ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**► Conseilleriez-vous le centre hospitalier de Gisors à un proche ?**

oui  non

Nous vous remercions pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.