 <p>Etablissement de santé pour adolescents de Chanay Groupe MGEN</p>	<p align="center">Document</p> <p align="center">Livret d'accueil du patient - Annexe 3 - Questionnaire de satisfaction à la sortie du patient</p>	<p>Réf : DOC00037 Version : 1 Date application : 02/06/2015 Rédacteur M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 02/06/2015 Applicable par : Tout le personnel</p>
--	--	--

Sensibles à une amélioration de la qualité de nos prestations, nous souhaiterions que vous nous fassiez part de votre appréciation sur vos conditions de séjour.
 Cette démarche ne fait pas obstacle aux échanges que vous souhaiteriez avoir avec le directeur ou les responsables de service.
 Ce questionnaire est ANONYME et CONFIDENTIEL.


Merci pour votre collaboration

Date :/...../20.....





Vous êtes : Une femme Un homme Age : ans Service d'hospitalisation :

I- VOTRE ADMISSION


	OUI	NON
1- Vous a-t-on remis le livret d'accueil lors de votre admission ?		
2- Avez-vous pris connaissance des informations contenues dans le livret d'accueil sur :		
a. La possibilité d'accéder à votre dossier ?		
b. La possibilité de désigner une personne de confiance ?		
c. L'existence de la Commission des Usagers (CDU)?		
3- Vous a-t-on présenté le service et son fonctionnement ?		
4- Vos interlocuteurs se sont-ils présentés ?		
5- Identifiez-vous facilement les personnels intervenant dans votre prise en charge		

QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT...	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Sans avis
					
6- ...A l'accueil du personnel administratif ?					
7- ...A l'accueil du personnel médical ?					
8- ...A l'accueil du personnel soignant ?					
9- ...Aux formalités d'admission ?					




II- SOINS ET RELATIONS





QUELLE EST VOTRE APPRECIATION SUR...	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Sans avis
					
10- L'écoute et la disponibilité de l'équipe médico soignante ?					
11- La clarté des informations transmises par les médecins concernant :					
a. Votre prise en charge ?					
b. Votre état de santé					
c. Votre traitement					

	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Nom et date	M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 02/06/2015	: M. P. FUSTER, Membre du COVIRIS, 02/06/2015	: M. P. FUSTER, Directrice, 02/06/2015
Signature			

 <p>Etablissement de santé pour adolescents de Chanay Groupe MGEN</p>	<p align="center">Document</p> <p align="center">Livret d'accueil du patient - Annexe 3 - Questionnaire de satisfaction à la sortie du patient</p>	<p>Réf : DOC00037 Version : 1 Date application : 02/06/2015 Rédacteur M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 02/06/2015 Applicable par : Tout le personnel</p>
--	--	--

d. Les effets indésirables possibles de vos médicaments ?					
---	--	--	--	--	--





QUELLE EST VOTRE APPRECIATION SUR...	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Sans avis
12- Les soins dispensés par le personnel de nuit?					
13- Le respect de la confidentialité ?					
14- Le respect de votre intimité ?					
15- La bienveillance de votre prise en charge ?					





SI VOUS AVEZ BENEFICIE DES PRISES EN CHARGES SUIVANTES QUELLE EST VOTRE APPRECIATION QUANT ...	Très satisfait 	Satisfait 	Insatisfait 	Très insatisfait 	Non concerné
16- A la prise en charge par les médecins					
17- A la prise en charge par l'équipe de soins (Infirmiers, aides-soignants)					
18- A la prise en charge par les autres intervenants (diététicienne, kinésithérapeute, psychomotricienne, psychologue)					
19- A la prise en charge par les transports sanitaires ?					
20- A la qualité des activités proposées ?					
21- A la prise en charge de votre douleur physique ?					
22- Soutien apporté en cas d'angoisse/d'inquiétude ?					
23- Activités de loisirs (cinéma, action culturelle, sorties...)					
24- A la manière dont vos proches ont été associés à la prise en charge ?					

	Toujours	Parfois	Jamais	Aucune décision n'a été prise
25- Lors de votre hospitalisation, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitez pour participer aux décisions concernant vos soins et/ou votre traitement ?				





	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Nom et date	M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 02/06/2015	: M. P. FUSTER, Membre du COVIRIS, 02/06/2015	: M. P. FUSTER, Directrice, 02/06/2015
Signature			

III- SERVICES ET PRESTATIONS

HOTELLERIE --- COMMENT JUGEZ-VOUS ?	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Sans avis
					
26- La propreté de l'établissement ?					
27- L'entretien de votre chambre ?					
28- Le confort de votre chambre ?					
29- La propreté du linge qui vous est fourni ?					
30- Le bruit dans les services ?					

RESTAURATION --- COMMENT JUGEZ-VOUS ?	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Sans avis
					
31- Le respect de votre régime ?					
32- La quantité servie ?					
33- La variété des plats proposés ?					
34- La température des plats ?					
35- La qualité des repas ?					


IV- VOTRE SORTIE

A-T-ELLE ETE CORRECTEMENT PREPAREE	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Non concerné
					
36- Sur le plan administratif ?					
37- Sur le plan médico-soignant ?					





V- VOTRE SORTIE

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Très insatisfaisant
				
38- Appréciation quant à la prise en charge au sein de l'unité d'enseignement				

	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Nom et date	M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 02/06/2015	: M. P. FUSTER, Membre du COVIRIS, 02/06/2015	: M. P. FUSTER, Directrice, 02/06/2015
Signature			

 <p>Etablissement de santé pour adolescents de Chanay Groupe MGEN</p>	<p align="center">Document</p> <p align="center">Livret d'accueil du patient - Annexe 3 - Questionnaire de satisfaction à la sortie du patient</p>	<p>Réf : DOC00037 Version : 1 Date application : 02/06/2015 Rédacteur M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 02/06/2015 Applicable par : Tout le personnel</p>
--	--	--

VI- POUR CONCLURE

	<p align="center">Très satisfaisant</p> 	<p align="center">Satisfaisant</p> 	<p align="center">Insatisfaisant</p> 	<p align="center">Très insatisfaisant</p> 
39- Globalement votre séjour est ...				

40- Recommanderiez-vous notre établissement ?

OUI

NON

Si suite à ces différentes questions, vous avez des remarques à faire et/ou des suggestions à formuler, n'hésitez pas à nous les communiquer ci-dessous

41- Avez-vous reçu une aide pour renseigner ce questionnaire?

OUI

NON

Ce questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions de l'attention que vous y avez portée.

Nom et date	<p align="center">REDACTION</p> <p>M.L. BRUN, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 02/06/2015</p>	<p align="center">VALIDATION</p> <p>: M. P. FUSTER, Membre du COVIRIS, 02/06/2015</p>	<p align="center">APPROBATION</p> <p>: M. P. FUSTER, Directrice, 02/06/2015</p>
Signature			