



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame, Monsieur,

Vous êtes ou vous avez été hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Châteaubriant Nozay Pouancé.

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

Notre objectif est de mieux comprendre vos attentes.

Aussi, répondre à ce questionnaire contribue à améliorer la qualité de nos services et de nos soins.

GLOBALEMENT, QUELLE NOTE ATTRIBUERIEZ-VOUS A VOTRE SEJOUR ?



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION CONCERNANT :

Pas du tout satisfaisant

Peu satisfaisant

Satisfaisant

Très satisfaisant



	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil à votre arrivée ? (Signalétique, délai d'attente...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité des équipes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attitude et l'écoute des professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité et dignité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les prestations hotelières ? (chambre, confort, repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services proposés ? (TV, téléphone, Wi-Fi...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation de votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVEZ VOUS DES REMARQUES PARTICULIERES ? (POSSIBILITE D'ECRIRE AU VERSO)

VOUS ETES ?

LE OU LA PATIENT(E)

ACCOMPAGNANT

SOIGNANT

SERVICE D'HOSPITALISATION :

N° CHAMBRE :

NOM, PRENOM : *(facultatif)*

DATE DE SORTIE :

