



PÔLE SANTÉ SUD 37  
Sainte Maure de Touraine

Membre du Groupement Hospitalier de Territoire  
Touraine - Val de Loire

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

### Service de Médecine



**Votre avis est précieux pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients.**

#### L'ACCUEIL

■ Qu'avez-vous pensé de l'accueil qui vous a été réservé ainsi qu'à votre entourage ?

Bon  Passable

#### L'INFORMATION

■ Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service, c'est-à-dire saviez-vous si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante, etc ?

Facilement  Difficilement

■ Avez-vous reçu des explications claires et compréhensibles sur votre état de santé, votre traitement, vos soins, etc ?

Suffisamment  Insuffisamment

■ Votre consentement a-t-il été systématiquement recherché ?

Oui  Insuffisamment

#### LES SOINS ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

■ Dans l'ensemble, que pensez-vous des soins que vous avez reçus ?

Bons  Passables

■ Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ?

Oui  Non

■ A-t-on été efficace dans la prise en charge de vos douleurs ?

Oui  Non

■ Lorsque vous sonnez, avez-vous l'impression d'attendre :

Longtemps  Peu longtemps

■ Le personnel a-t-il préservé votre intimité durant votre séjour ?

Oui  Insuffisamment

■ Avez-vous reçu l'aide nécessaire pour vous laver, vous habiller, manger..., si vous en aviez besoin ?

Oui  Insuffisamment

#### L'HOTELLERIE

■ La prestation hôtelière (repas, confort de la chambre, température, bruit, propreté...) vous a semblé :

Bonne  Passable

#### LA SORTIE

■ Comment qualifier l'organisation de votre sortie (annonce de votre date de sortie, votre destination de sortie, remise d'ordonnances, informations...)?

Correcte  Insuffisante

\*\*\*\*\*

Quelle est votre opinion générale sur les conditions de votre hospitalisation ?

Satisfaisante

A améliorer :

Sur quels points :

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

Insatisfaisante

\*\*\*\*\*

#### PATIENT PARTENAIRE

■ Souhaiteriez-vous vous investir dans un projet d'évaluation ou de recherche clinique pour l'établissement ?

Oui  Non

Si oui, merci de préciser votre identité afin que nous puissions vous recontacter.

**Nous vous remercions de nous avoir consacré quelques minutes pour répondre à cette enquête.**

Date : ..... Nom/prénom (facultatif) : .....