

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION EN SORTIE DU SMR

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire, votre avis nous aide à progresser

☐ **Ne souhaite pas répondre au questionnaire**

L'ACCUEIL vous semble :

☐ Excellent

☐ Bon

☐ Passable

☐ Mauvais

LES CONDITIONS DE SEJOUR:

1/ Les SOINS

	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
- Avez-vous été satisfait des soins dispensés ?	☐	☐	☐	☐
- Les soins prodigués respectaient-ils votre intimité et votre dignité ?	☐	☐	☐	☐
- Les soins prodigués respectaient-ils votre confort ?	☐	☐	☐	☐
			Oui	Non
- Votre consentement aux soins a – t –il été recherché ?			☐	☐
- Avez-vous pu dialoguer facilement avec le médecin ?			☐	☐
- Avez-vous pu dialoguer facilement avec le personnel infirmier et soignant ?			☐	☐
- L'équipe de soin vous a-t-elle demandé si vous aviez mal ?			☐	☐
- Si vous aviez des douleurs, ont-elles été prises en charge ?			☐	☐

2/ Le personnel du service de soins a-t-il été ?

Le personnel infirmier et soignant de jour :

	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
Attentionné et doux	☐	☐	☐	☐
Efficace	☐	☐	☐	☐
Disponible	☐	☐	☐	☐

Le personnel infirmier et soignant de nuit :

	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
Attentionné et doux	☐	☐	☐	☐
Efficace	☐	☐	☐	☐
Disponible	☐	☐	☐	☐

3/ Votre chambre et éléments de la chambre : avez-vous été satisfait(e)

	Oui	Non
Du confort (literie, équipements de la chambre...)	☐	☐
De la propreté	☐	☐
Du calme	☐	☐

4/ Vos repas : avez-vous été satisfait(e)

	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Qualité	☐	☐	☐	☐
Quantité	☐	☐	☐	☐
Variété	☐	☐	☐	☐
Présentation	☐	☐	☐	☐

DROITS ET INFORMATION DU PATIENT

Pendant votre séjour, avez-vous reçu des explications à propos de vos traitements (médicaux et soins) et de votre état de santé ?

- ☐ Oui toujours ☐ Oui la plupart du temps ☐ Non rarement ☐ Non jamais

Les informations étaient-elles claires et compréhensibles ?

- ☐ Oui toujours ☐ Oui la plupart du temps ☐ Non rarement ☐ Non jamais

Le livret d'accueil que nous vous avons remis, vous a-t-il paru ?

	Oui	Non
Complet	☐	☐
Clair	☐	☐

L'organisation de votre sortie :

Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été préparée / anticipée ?

- ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente

Gérez- vous vous-mêmes vos médicaments au domicile ?

- ☐ Non ☐ Oui

Si oui, avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?

- ☐ Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie ☐ Non ☐ Oui

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?

- ☐ Mauvaises ☐ Faibles ☐ Moyennes ☐ Bonnes ☐ Excellentes

Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (sport, activités habituelles, etc...) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale pour préparer votre retour à domicile ?

- ☐ Oui ☐ Non, mais j'aurai souhaité en voir une ☐ Non, car je n'en ai pas eu besoin

Que pensez-vous de l'aide apportée par l'assistante sociale ?

- ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ?

- ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente

APPRECIATION D'ENSEMBLE SUR VOTRE SEJOUR

Votre entourage est –il globalement satisfait de votre prise en charge ?

Votre entourage est très satisfait satisfait mécontent très mécontent
 ☐ ☐ ☐ ☐

Globalement, qu'elle est votre appréciation de votre séjour ?

Vous êtes très satisfait satisfait mécontent très mécontent
 ☐ ☐ ☐ ☐

Remarques, observations et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

***NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR PRIS UN PEU DE VOTRE TEMPS POUR
RÉPONDRE A CES QUELQUES QUESTIONS.***



Vous pouvez indiquer votre nom si vous le souhaitez (facultatif) :

Remplit par : ☐ Le patient ☐ Le patient et la famille ☐ La famille

Date de votre sortie :

Adresse mail :

Pour les patients souhaitant participer à l'enquête E-SATIS de la Haute Autorité de Santé

(enquête de satisfaction des patients hospitalisés informatisée)

Si vous avez accepté de participer à l'enquête nationale de satisfaction des patients hospitalisés par mail (questionnaire portant sur différents thèmes concernant votre séjour en soins de suite et de réadaptation), vous recevrez 15 jours après votre sortie un E-mail contenant un lien vers l'enquête informatique.

En 10 min, de manière anonyme, vous pourrez donner votre avis sur votre prise en charge (vous pouvez vous faire aider par vos proches).

Cette enquête, à distance de l'hospitalisation, permet de prendre du recul sur le séjour.

En plus de connaître les points positifs du séjour et ceux qu'il convient d'améliorer par l'établissement, l'enquête nationale permet d'attribuer au service une note globale de satisfaction.

Si vous n'avez pas encore donné votre accord pour cette enquête nationale, vous pouvez encore le faire auprès de l'équipe soignante.

eSATIS
Enquête de satisfaction

Votre satisfaction et votre expérience participent
à l'amélioration de la qualité des soins de notre établissement

