







QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION Service d'Hospitalisation de Courte Durée U.H.C.D.

Afin d'améliorer sans cesse la qualité de nos prises en charge, la direction vous invite à remplir ce questionnaire. Vous pourrez ainsi noter vos remarques et suggestions qui participeront à l'évolution de l'établissement pour ceux qui y seront admis demain.

Une fois rempli, merci de remettre ce questionnaire à un membre du personnel ou de le déposer dans la boîte prévue à cet effet.

A quel niveau de satisfaction situez-vous :

					Non concerné
Les conditions d'attente					
La prise en charge de la douleur					
L'information donnée par l'équipe paramédicale					
L'information donnée par le médecin					
La qualité des soins et de la prise en charge par l'équipe paramédicale					
La qualité de prise en charge par le médecin					
La qualité de l'accueil					
Le confort de la chambre					
La température de la chambre					
Le niveau sonore de la chambre					
La propreté de la chambre					
La collation donnée					
Globalement, votre passage aux urgences					

Commentaires ou suggestions :

Date :

Qui a rempli ce questionnaire ? Patient Entourage

Nom (facultatif) : Prénom (facultatif) :

Adresse (facultatif) :
.....

Merci