**Enquête de Satisfaction des Patients**



Votre satisfaction est la préoccupation principale de l'Ile de Beauté.

Ci-dessous, plusieurs questions vous sont posés sur l'ensemble de l'établissement.

Merci de répondre en toute honnêteté en cochant la case de votre choix, les questionnaires sont anonymes.

**DATE :**

|  |
| --- |
| **ACCUEIL DU PATIENT** |
| **Accueil du Personnel Administratif.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Accueil dans l'unité de soins.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Rencontre des Médecins du Centre.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Délivrance du Livret d'Accueil du Patient.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Satisfaction du contenu du Livret d’Accueil du Patient** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **QUALITE DES SOINS DELIVRES/SECURITE** |
| **Qualité des Soins :*** **De Jour.**
* **De Nuit.**
 | Ο ExcellentΟ Excellent | Ο Très BonΟ Très Bon | Ο CorrectΟ Correct | Ο InsuffisantΟ Insuffisant |
| **Qualité de la prise en charge des Médecins du Centre.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Qualité de la relation avec les Personnels Soignants.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Respect de l'intimité.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Qualité de la prise en charge de la douleur** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Sécurité dans l’établissement** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **CONFORT HÔTELIER** |
| **Hygiène des locaux.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Hygiène du Linge.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Les Infrastructures proposées.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **QUALITE DES REPAS** |
| **Equilibre des menus proposés.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Quantité d'aliments proposée.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Température des plats.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **INFORMATIONS AU PATIENT** |
| **Informations concernant état de santé.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Informations sur les soins délivrés.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Conseils délivrés.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **Qualité des explications délivrées par le Personnel Soignant.** | Ο Excellent | Ο Très Bon | Ο Correct | Ο Insuffisant |
| **EXPERIENCE PATIENT** |
| **Avez-vous ressenti de l’inquiétude, de l’anxiété au cours de cotre séjour ?** | Ο OUI |  |  | Ο NON |
| **Que pensez vous de votre soutien psychologique qui vous a été apporté par les professionnels qui vous ont pris en charge ?**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Comment vous sentes vous aujourd’hui par rapport au jour de votre admission dans l’établissement ?** |
|  |  |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |