**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 Excellent  Ο Excellent | Ο Très Bon  Ο Très Bon | Ο Correct  Ο Correct | Ο Insuffisant  Ο 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 ?** | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |