





Votre satisfaction sur le service d'Unité de Soins Continus

*Grâce à vos réponses, nous pouvons nous améliorer.
Merci de compléter ce questionnaire et de le remettre au secrétariat
ou dans la boîte aux lettres à l'entrée du service.*







Pour chaque question, cocher la case correspondant à votre choix.

Lien de parenté avec le patient : Conjoint famille proche Autre, précisez :

A VOTRE ARRIVÉE

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| |  |  |  |  |
| 1) Êtes-vous satisfait : | | | | |
| - de l'accueil par l'équipe de réanimation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des informations contenues dans le livret d'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous été rapidement informé de l'état de santé de votre proche par le médecin ? | | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

DURANT VOTRE SÉJOUR

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| |  |  |  |  |
| 3) Êtes-vous satisfait des informations qui vous ont été apportées par : | | | | |
| - les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - les infirmier(e)s et aides-soignant(e)s | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si   , Pourquoi ?..... | | | | |
| 4) Les explications données étaient-elles claires ? | | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5) Êtes-vous satisfait de : | | | | |
| - la courtoisie de l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la disponibilité de l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Vous est-il arrivé de vous sentir seul ou isolé ? | | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, à quel(s) moment(s) : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accueil | <input type="checkbox"/> Annonce d'une complication | | | |
| <input type="checkbox"/> Annonce d'une maladie | <input type="checkbox"/> Transfert vers un autre service | | | |
| 7) Si oui, un accompagnement psychologique vous a-t-il été proposé ? | | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 8) En cas de transfert vers un autre service ou de sortie, avez-vous été informé ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> non concerné | |
| 9) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche par l'équipe soignante ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Pensez-vous que des éléments de la prise en charge par l'équipe soignante pourraient être améliorés ? | | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - si oui, lesquels : | | | | |
| | | | | |

Observations, commentaires ou suggestions

.....

.....

.....

Vos coordonnées (facultatif)

Nom : Prénom :

Adresse :