

## 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 : .....