

Votre satisfaction sur le service de RÉANIMATION

*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 ? oui 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 ? oui 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 ? oui 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 ? oui non
- 8) En cas de transfert vers un autre service ou de sortie, avez-vous été informé ? oui non 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 ? oui non
- si oui, lesquels :

Observations, commentaires ou suggestions

.....

.....

.....

Vos coordonnées (facultatif)

Nom : Prénom :

Adresse :