

**Questionnaire de satisfaction
des patients et des familles de patients hospitalisés
en réanimation ou en soins continus/ soins intensifs post-opératoires**

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire afin de nous permettre d'améliorer nos prestations.

Cochez la case correspondant au service où votre proche a été hospitalisé :
Réanimation Soins continus/Soins Intensifs Post Opératoire

Date : ... / ... / Vous êtes : Patient L'entourage du patient

	Oui	Non
• La personne qui vous a accueilli dans l'unité s'est-elle présentée ?		
• Le médecin dans l'unité s'est-il présenté ?		
• Avez-vous été informé du transfert de votre proche dans un autre service?		
• Avez-vous eu les réponses à vos questions auprès du personnel ?		

Comment évaluez-vous :

	Excellente(s)	Bonne(s)	Moyenne(s)	Mauvaise(s)
<i>Votre prise en charge durant le séjour</i>				
• Les informations données par le(s) médecin(s) ?				
• La disponibilité du personnel médical ?				
• Vos relations avec l'équipe médicale ?				
• Les informations données par l'équipe paramédicale ?				
• La disponibilité du personnel paramédical (infirmier, ASD, kiné)?				
• Vos relations avec l'équipe paramédicale ?				
• La prise en charge de la douleur ?				
<i>Les prestations hôtelières</i>				
• Les horaires de visite ?				
• La propreté de la chambre ?				
• Le confort de la chambre ?				
• Le niveau sonore dans le service ?				

En conclusion :

	Excellent	Bon	Moyen	Mauvais
D'une manière générale, que pensez-vous de la prise en charge de votre proche au sein de notre service ?				

Avez-vous des suggestions à apporter pour améliorer la qualité de notre service ?

Merci de rendre ce questionnaire soit à la cadre du service de réanimation/soins continus, soit dans le service post réanimation/soins continus (chirurgie ou médecine).