

**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

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
• 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 :**

	<b>Excellente(s)</b>	<b>Bonne(s)</b>	<b>Moyenne(s)</b>	<b>Mauvaise(s)</b>
<b><i>Votre prise en charge durant le séjour</i></b>				
• 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 ?				
<b><i>Les prestations hôtelières</i></b>				
• Les horaires de visite ?				
• La propreté de la chambre ?				
• Le confort de la chambre ?				
• Le niveau sonore dans le service ?				

**En conclusion :**

	<b>Excellent</b>	<b>Bon</b>	<b>Moyen</b>	<b>Mauvais</b>
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).*