

Votre accueil

	Oui	Non
1. J'ai été bien accueilli (e)		
2. J'ai reçu des informations claires sur la vie du service (horaire des visites du médecin, des activités thérapeutiques, des repas, coordonnées de l'assistante sociale ...)		
3. J'ai reçu le livret d'accueil et la charte de l'utilisateur en santé mentale		
4. J'ai reçu des informations claires sur la gestion de mon dossier administratif		

Votre information

Je suis satisfait(e) des informations qui m'ont été communiquées sur :	Oui	Non
5. Mon état de santé, ma maladie		
6. Mon mode d'hospitalisation		
7. Mon traitement, les examens complémentaires		
8. La durée de mon traitement		
9. Les possibles effets secondaires de mes médicaments		
10. Mon entrée (Jour et heure d'arrivée, document à fournir)		
11. Les frais engagés par mon séjour		
12. Le rôle du juge de la liberté et de la détention (si hospitalisation sous contrainte)		
13. Mes possibilités de recours (saisine du juge, CDU, CDSP)		
14. L'organisation de ma sortie		

Les Soins reçus

J'ai été satisfait(e) :	Oui	Non
15. Des soins dispensés par l'équipe soignante		
16. Des soins apportés pour soulager mes douleurs physiques		
17. Du respect de mon intimité lors des consultations		
18. Du respect de mon intimité lors de la toilette		

Le Personnel

Connaissez-vous :	Oui	Non
19. L'identité des personnes intervenant dans votre prise en charge ?		
20. La fonction des personnes intervenant dans votre prise en charge ?		
	Oui	Non
21. La qualité de la relation avec le personnel vous satisfait - elle ?		

La chambre

	Oui	Non
22. La chambre est-elle propre ?		
23. La chambre est-elle confortable ?		

Vos droits

	Oui	Non
24. Avez-vous accès à votre téléphone portable ?		
25. Avez-vous pu vous déplacer librement au sein de l'unité ?		
26. Avez-vous pu vous déplacer librement au sein de l'établissement ?		
27. Avez-vous pu contacter votre personne de confiance dès le début de votre prise en charge ?		
28. Avez-vous pu bénéficier de visite de votre entourage durant votre séjour ?		
29. Vous a-t-on proposé un sevrage concernant le tabac ?		
30. Avez-vous pu accéder à vos cigarettes, si vous êtes fumeur ?		
31. Avez-vous bénéficié d'un placard personnel pour vos effets ?		
32. Avez-vous pu accéder à vos effets chaque fois que vous l'avez demandé ?		
33. Avez-vous le sentiment que votre intimité a été respectée lors de votre séjour, <i>notez de 1 à 10</i> (1 étant le niveau de satisfaction le plus faible)		

Les sanitaires

	Oui	Non
34. Les sanitaires sont -ils facilement accessibles ?		
35. Les sanitaires sont-ils bien entretenus ?		

Les repas

J'ai été satisfait(e) par :	Oui	Non
36. La qualité des repas		
37. La quantité servie		
38. La température du repas		
39. Les heures de distribution		
40. La prise en compte de mes interdits alimentaires		

L'Hygiène

J'ai été satisfait(e) par :	Oui	Non
41. La propreté du linge		
42. La propreté des locaux		

Vos activités

J'ai été satisfait(e) des activités proposées :	Oui	Non
43. Ateliers thérapeutiques		
44. Ateliers de détente		
45. Organisation des journées <i>Notez votre niveau de satisfaction de 1 à 10 (1 étant le niveau de satisfaction le plus faible)</i>		

Mes remarques et suggestions

.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation



Questionnaire de satisfaction des personnes hospitalisées

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous aimerions connaître votre appréciation sur votre séjour.

Nous vous invitons par conséquent à prendre quelques minutes pour répondre aux questions qui suivent, en cochant la case de votre choix.

Vos réponses et suggestions nous seront très utiles. Elles nous aideront à améliorer les prestations rendues par notre établissement.

Vous pouvez garder l'anonymat si vous le souhaitez.

Information sur le patient pris en charge

Sexe : Masculin Féminin Age :

Unité :

Durée de prise en charge dans ce service : Jours ou Mois ou
Années

Date :