

**Questionnaire de satisfaction "Patient"****Hôpital gériatrique le KEM**

PC11-FOR-0001\_V4 \_septembre 2024

<input type="checkbox"/> Médecine D	<input type="checkbox"/> Médecine E	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux et de Réadaptation	<input type="checkbox"/> Unité cognitivo-comportementale
-------------------------------------	-------------------------------------	--	--

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) dans notre établissement. Pour mieux apprécier les conditions de votre admission et de votre séjour, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant les cases de votre choix et en nous formulant vos remarques.

**Nom (facultatif) :** \_\_\_\_\_  Homme  Femme **Age :** \_\_\_\_\_

**Date de sortie :** \_\_\_\_\_

**Réponses apportées par :**  Patient  Famille  Autre  Aide au remplissage

Patient incapable d'y répondre  Refus d'y répondre

**A votre arrivée dans le service :**

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Avez-vous été bien accueilli(e) ?				
Avez-vous été bien informé(e) sur les conditions de votre séjour ?				
Les principaux intervenants se sont-ils présentés à vous ?				

**REMARQUE(S) :****Votre séjour dans le service :**

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Jugez-vous que l'état de propreté de votre chambre soit satisfaisant ?				
Etes-vous satisfait(e) des repas servis ?				
Sur la qualité				
Sur la quantité				
Etes-vous satisfait(e) du service hôtelier ?				
Etes-vous satisfait(e) des prestations annexes qui sont proposées (T.V., téléphone, ...) ?				
Etes-vous satisfait(e) du personnel ?				
Médical				
Soignant et paramédical				

**REMARQUE(S) :**

**Questionnaire de satisfaction "Patient"****Hôpital gériatrique le KEM**

PC11-FOR-0001\_V4 \_septembre 2024

 Médecine D Médecine E Soins Médicaux et de Réadaptation Unité cognitivo-comportementale

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) dans notre établissement. Pour mieux apprécier les conditions de votre admission et de votre séjour, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant les cases de votre choix et en nous formulant vos remarques.

**Nom (facultatif) :** \_\_\_\_\_  Homme  Femme **Age :** \_\_\_\_\_

**Date de sortie :** \_\_\_\_\_

**Réponses apportées par :**  Patient  Famille  Aide au remplissage  Autre

Case à cocher si patient incapable d'y répondre  Refus d'y répondre

**A votre arrivée dans le service :**

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Avez-vous été bien accueilli(e) ?				
Avez-vous été bien informé(e) sur les conditions de votre séjour ?				
Les principaux intervenants se sont-ils présentés à vous ?				

**REMARQUE(S) :****Votre séjour dans le service :**

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Jugez-vous que l'état de propreté de votre chambre soit satisfaisant ?				
Etes-vous satisfait(e) des repas servis ?				
Sur la qualité				
Sur la quantité				
Etes-vous satisfait(e) du service hôtelier ?				
Etes-vous satisfait(e) des prestations annexes qui sont proposées (T.V., téléphone, ...) ?				
Etes-vous satisfait(e) du personnel ?				
Médical				
Soignant et paramédical				

**REMARQUE(S) :**

<u>Votre prise en charge médicale :</u>	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Avez-vous le sentiment d'avoir été correctement informé(e) sur votre état de santé ?				
Avez-vous le sentiment d'avoir été correctement informé(e) sur vos traitements ?				
<b>REMARQUE(S) :</b>				

<u>Vos soins :</u>	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Estimez-vous que vos soins aient été prodigues dans le respect de votre intimité ?				
Avez-vous été satisfait(e) de la prise en charge de votre douleur ?				
<b>REMARQUE(S) :</b>				

<u>Votre sortie :</u>	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Avez-vous reçu des informations sur votre traitement de sortie (médicaments) ?				
Vous a-t-on informé des conditions de votre sortie ?				
Le délai d'annonce de votre date de sortie vous semble-t-il suffisant ?				
<b>REMARQUE(S) :</b>				

### SUGGESTIONS ou REMARQUES :

**MERCI DE REMETTRE CE QUESTIONNAIRE A L'INFIRMIERE DU SERVICE OU  
A L'ACCUEIL DE L'ETABLISSEMENT**

« Les informations recueillies sur ce questionnaire de satisfaction sont enregistrées par notre établissement dans un intérêt légitime qui est l'amélioration de la prise en charge des patients. Les données collectées ne seront pas transmises à l'extérieur de l'établissement, elles sont conservées pendant la durée nécessaire pour l'analyse du questionnaire. Dans le cadre de la réglementation RGPD, vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander leur effacement ou rectification ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données via l'adresse électronique [contact-rpdi.sante@groupe-sos.org](mailto:contact-rpdi.sante@groupe-sos.org). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. »

<u>Votre prise en charge médicale :</u>	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Avez-vous le sentiment d'avoir été correctement informé(e) sur votre état de santé ?				
Avez-vous le sentiment d'avoir été correctement informé(e) sur vos traitements ?				
<b>REMARQUE(S) :</b>				

<u>Vos soins :</u>	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Estimez-vous que vos soins aient été prodigues dans le respect de votre intimité ?				
Avez-vous été satisfait(e) de la prise en charge de votre douleur ?				
<b>REMARQUE(S) :</b>				

<u>Votre sortie :</u>	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Avez-vous reçu des informations sur votre traitement de sortie (médicaments) ?				
Vous a-t-on informé des conditions de votre sortie ?				
Le délai d'annonce de votre date de sortie vous semble-t-il suffisant ?				
<b>REMARQUE(S) :</b>				

### SUGGESTIONS ou REMARQUES :

**MERCI DE REMETTRE CE QUESTIONNAIRE A L'INFIRMIERE DU SERVICE OU  
A L'ACCUEIL DE L'ETABLISSEMENT**

« Les informations recueillies sur ce questionnaire de satisfaction sont enregistrées par notre établissement dans un intérêt légitime qui est l'amélioration de la prise en charge des patients. Les données collectées ne seront pas transmises à l'extérieur de l'établissement, elles sont conservées pendant la durée nécessaire pour l'analyse du questionnaire. Dans le cadre de la réglementation RGPD, vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander leur effacement ou rectification ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données via l'adresse électronique [contact-rpdi.sante@groupe-sos.org](mailto:contact-rpdi.sante@groupe-sos.org). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. »