

Enquête de satisfaction

Hôpitaux De Jour (HDJ) Adultes, Personnes âgées

Madame, Monsieur,

Attentifs à la qualité de l'accueil et des soins au sein de notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre prise en charge.

La réponse à cette enquête est à déposer dans la boîte aux lettres dédiée du service ou à remettre à un membre de l'unité de soins.

Vos réponses et commentaires seront traités de manière confidentielle et permettront d'engager des actions d'amélioration.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Quelle appréciation portez-vous sur :



Excellent



Bon



Moyen



Insuffisant

L'ACCUEIL

L'accès à l'unité de soins (coordonnées téléphoniques, signalétique, stationnement, bus, accès personnes à mobilité réduite, sonnette, ...)

☐
☐
☐
☐

La signalisation à l'intérieur de l'unité

☐
☐
☐
☐

Les horaires d'accueil de l'unité

☐
☐
☐
☐

La qualité de l'accueil lors du début de votre prise en charge

☐
☐
☐
☐

Le délai d'attente pour le début de votre prise en charge

Moins d'1
semaine

Plus d'1
semaine

Plus de
15 jours

Plus d'1
mois

☐
☐
☐
☐

Le personnel s'est-il présenté lors de votre suivi
(nom et fonction)

Oui

Non

☐
☐

L'INFORMATION ET VOS DROITS

- L'information sur les modalités de votre prise en charge, sur vos droits et vos devoirs
- L'information sur le traitement et les soins reçus
- Le respect de vos droits (intimité, dignité, confidentialité des informations vous concernant)

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

LES SOINS

- L'attention et l'intérêt témoignés par l'ensemble des professionnels à votre égard
- Les soins que vous recevez (avez reçus) (entretiens, semainiers....)
- Les activités à visée thérapeutique proposées
- Les repas
- La prise en charge de votre douleur physique
- La prise en charge de votre souffrance psychique

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

☐
☐

LES LOCAUX

- Le confort des bureaux d'entretien (intimité, confort, mobilier, propreté)
- Le confort des locaux communs (salle d'activités, salle à manger...) (confort, mobilier, propreté)
- La protection de vos biens personnels

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

LA FIN DE PRISE EN CHARGE

- L'organisation de la fin de votre prise en charge, si concerné(e)
(information, relais, traitement...)

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Globalement, êtes-vous (avez-vous été) satisfait(e) de votre prise en charge ?



Bon

11



Insuffisant

7

Remarques et suggestions :

The EPSM logo is located in the bottom right corner of the page. It features a stylized graphic of three curved lines in blue, green, and yellow, followed by the text "EPSM" in a large, bold, blue font, and "EUROPEAN POLYMER SOCIETY" in a smaller, blue font below it.

Qui a rempli ce questionnaire ?

Entourage ☐

Date :/...../.....

Unité de soins dans laquelle vous êtes (avez été) suivi(e) :

HDJ Ti Deiz ☐
Ti Ar Vro Hennebont

HDJ Port-Louis ☐

Nom et prénom (facultatifs) :

Cadre réservé à l'EPSM – NE PAS REMPLIR

- Patient ne souhaitant pas remplir le questionnaire ☐
- Patient ne pouvant pas remplir le questionnaire, malgré une proposition d'aide par un professionnel ☐