



## Questionnaire de satisfaction du proche en Réanimation

ES/QPR/REANIM/002/B  
05/2018

Améliorer votre prise en charge, mieux répondre à vos attentes tels sont les objectifs du Centre Hospitalier Sud Francilien, c'est pourquoi votre avis nous intéresse.

Nous vous remercions de vouloir consacrer quelques instants à ce questionnaire.

Unité de séjour :                      **Module 1**                      **Module 2**                      **Module 3**                      **Module 4**

                                                                

### Accueil

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Que pensez-vous de l'accueil dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
Que pensez vous de l'identification du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Prise en charge dans le service

#### Concernant le personnel infirmier et aide soignant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Que pensez-vous de la disponibilité du personnel infirmier, aide soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous des informations délivrées sur les soins effectués sur votre proche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous compris l'information délivrée par le personnel infirmier, aide-soignant ?	Toujours <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Pas du tout <input type="checkbox"/>

#### Concernant le personnel médical (médecins, internes) :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Que pensez-vous de la disponibilité du personnel médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous des informations délivrées par le personnel médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec-vous compris l'information délivrée par le personnel médical ?	Toujours <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Pas du tout <input type="checkbox"/>

Date

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Votre âge

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

#### Concernant le respect du patient et les visites :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Que pensez-vous du respect de l'intimité et/ou la pudeur de votre proche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous du respect de la confidentialité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous du temps d'attente pour visiter votre proche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous de l'autorisation de visites H24 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous de l'accompagnement possible des enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	Non concerné	
Vous a-t-on expliqué les conditions de visite de la réanimation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous ressenti le besoin d'une aide psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on proposé la visite d'un psychologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auriez-vous eu besoin de l'aide d'une assistante sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on proposé la visite d'une assistante sociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Etes-vous satisfait du service en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Remarques

Merci de déposer ce questionnaire dans l'urne prévue à cet effet en salle d'attente ou de le retourner auprès du personnel soignant

