










**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION : VOS IMPRESSIONS , VOTRE AVIS, NOUS INTERESSENT...**





Nom Prénom ( <i>facultatif</i> )	Age :
Service d'hospitalisation :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
	Durée de séjour ( <i>en jours</i> ) :














PRISE EN CHARGE GENERALE					
		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Mécontent
<b>L'ACCUEIL A VOTRE ARRIVEE</b> 	Aux admissions				
	Dans le service				
<b>LA PRISE EN CHARGE</b> 	De votre problème de santé				
	De la douleur				
	Des soins				
<b>VOTRE INTIMITE</b> 	Respectée				

**INFORMATIONS**

<b>INFORMATIONS / EXPLICATIONS</b> 	Objectif et effets secondaires d'un nouveau traitement				
	Objectif et effets secondaires des examens				
	Evolution de votre état de santé				
<b>POUR VOTRE SORTIE</b> 	L'organisation de la sortie				
	Activités possibles				
	Informations sur vos Médicaments				

**COMMUNICATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE**

	Identification du personnel (nom, métier)				
	Compréhension des informations données				
	Compréhension des actes de soins reçus				
	Votre participation à la décision médicale				

ATTITUDES DES PROFESSIONNELS DE SANTE		 Très Satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Mécontent
<b>COMPORTEMENT</b> 	Des médecins				
	Du personnel soignant, kinés assistantes sociales,...				
<b>POLITESSE ET AMABILITE</b> 	Des médecins				
	Du personnel soignant, kinés assistantes sociales,...				
<b>DISPONIBILITE</b> 	Des médecins				
	Du personnel soignant, kinés assistantes sociales,...				
<b>APPELS URGENTS</b> 	Délais de réponse aux appels				
<b>LA CHAMBRE</b>					
<b>LA CHAMBRE</b> 	Son confort				
	Sa propreté				
	Sa température				
<b>LE BRUIT</b> 	Son environnement sonore				
<b>LES REPAS</b>					
	Qualité				
	Variété				
<b>VOTRE SATISFACTION</b>					
	Etes-vous satisfait de votre séjour ?				
 <b>CENTRE HOSPITALIER ANGOULÊME</b>	Recommanderiez-vous le centre hospitalier à votre entourage ?	Oui	Non	Ne sais pas	

**OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :**

.....

.....

.....

.....

**MERCI POUR VOS REPONSES**

A votre sortie, vous pouvez remettre ce questionnaire soit au personnel du service,  
soit le renvoyer à l'adresse suivante :

**Centre Hospitalier d'Angoulême – Direction des Relations avec les Usagers  
 ROND-POINT DE GIRAC - CS 55015 SAINT MICHEL - 16 959 ANGOULEME CEDEX 9**