

Observations, remarques, suggestions :

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

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire !

//////// Remise du questionnaire

Vous pouvez remettre le questionnaire à un membre de l'équipe soignante, ou le déposer :

- **dans la boîte réservée à cet usage**, située dans le hall d'accueil de l'unité d'hospitalisation complète de psychiatrie ;
- **par courrier** : Centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir
8 avenue Étienne Gascon, CS 90262
35603 Redon Cedex

//////// Contacts

Centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir
8 avenue Étienne Gascon, CS 90262
35603 Redon Cedex

Tél. 02 99 71 71 71
Fax 02 99 72 32 53

www.ch-redon-carentoir.fr



LANRUA
Unité d'hospitalisation complète de psychiatrie
4 rue de la Riaudaie
35603 Redon

Tél : 02 99 71 79 64

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

QP3 UNITÉ D'HOSPITALISATION COMPLÈTE DE PSYCHIATRIE



Vous venez de séjourner à l'unité d'hospitalisation complète de psychiatrie (UHCP).

Dans le but d'améliorer la qualité de nos prestations et répondre à vos attentes, votre opinion nous intéresse !

Pour chacune des questions ci-dessous, indiquez si vous êtes :
très satisfait 😄, satisfait 😊, insatisfait 😞, très insatisfait 😡 ou non-concerné(e) 😐

//////// Accueil

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :



L'accueil administratif aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil soignant aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil administratif en UHCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil soignant en UHCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalisation des locaux de l'UHCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité des locaux de l'UHCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations, remarques, suggestions concernant l'accueil :

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

Prise en charge

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :



Les informations données sur votre mode d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données sur vos droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données sur votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation de votre séjour (horaires des visites, autorisation de sortie, utilisation du téléphone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations, remarques, suggestions concernant votre prise en charge :

.....

.....

.....

Prestations hôtelières

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :



Le confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'insonorisation de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prestation du service de lingerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aménagement des espaces communs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté des espaces communs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité des repas dispensés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La variété des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les horaires de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations, remarques, suggestions concernant les prestations hôtelières :

.....

.....

.....

Relations avec le personnel

Quel est votre niveau de satisfaction concernant vos relations :



Avec les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le personnel du service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations, remarques, suggestions concernant vos relations avec le personnel :

.....

.....

.....

Sortie

Quel est votre niveau de satisfaction concernant la préparation de votre sortie :



Sur le plan médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le plan administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le plan social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations, remarques, suggestions concernant votre sortie :

.....

.....

.....

À propos de vous

M. Mme

Nom* :

Prénom* :

Votre date d'entrée dans l'établissement* : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

*(facultatif, vous pouvez garder l'anonymat)

Quelle a été la durée de votre séjour à l'unité d'hospitalisation complète de psychiatrie ?

Quelle note attribueriez-vous à votre séjour ? |_|_| / 20