



Centre d'Hémodialyse

Questionnaire de sortie Centre d'Hémodialyse

Afin d'améliorer la qualité de nos soins et de nos services, votre opinion nous est précieuse. C'est pourquoi, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire annuel de satisfaction, de façon anonyme, en cochant pour chaque question la case correspondant à votre sentiment. Une fois rempli, vous pouvez le remettre au personnel du centre d'Hémodialyse, dans le service ou au secrétariat.

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait Sans avis/Non concerné

Accueil, prise en charge et soins

| Les conditions d'accès au centre de Dialyse | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les prises de rendez-vous avec le secrétariat de Dialyse | <input type="checkbox"/> |
| Votre accueil au niveau du secrétariat de Dialyse | <input type="checkbox"/> |
| Votre accueil dans le service de Dialyse | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil et l'attention réservés à vos proches | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des soins réalisés | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge de votre douleur | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de votre intimité et de votre dignité lors de vos séances de dialyse | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de la confidentialité des informations vous concernant | <input type="checkbox"/> |
| L'écoute et la disponibilité des médecins | <input type="checkbox"/> |
| L'écoute et la disponibilité des soignants | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge diététique | <input type="checkbox"/> |

Merci de bien vouloir tourner la page →

Information

					
L'information donnée sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information donnée sur vos traitements et vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les documents remis par le secrétariat de Dialyse concernant votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hôtellerie

					
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme et le respect de la tranquillité pendant vos séances de dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort des lits et des fauteuils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de l'environnement des postes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfaction générale

					
Votre avis général sur votre séjour dans ce service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes : <input type="checkbox"/> Un homme <input type="checkbox"/> Une femme					
Votre âge :					
Depuis quelle année êtes-vous dialysé(e) ?					
Vous êtes : <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité					
Vous a-t-on remis le livret d'accueil ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Que pensez-vous du livret d'accueil ?

					
Renseignements délivrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire rempli le :/...../.....

Questionnaire rempli : par le patient par un proche avec l'aide du personnel

