

***Questionnaire de satisfaction pour l’usager et ses proches Oasis de Paix***

Madame, Monsieur,

La **qualité** des soins et des services que nous offrons étant **importante,** nous vous invitons à donner votre opinion en remplissant ce questionnaire de satisfaction. Le questionnaire est anonyme et les informations seront traitées de façon confidentielle. Vous pouvez aussi le compléter par Internet à l’adresse : sondage-hmc.ca.

**Merci** de votre collaboration!

Une fois rempli, veuillez SVP déposer le formulaire dans l'une des boîtes prévues à cet effet dans les unités de soins.

# Date : Unité : 2A  3A 

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACCUEIL** | | | | **OUI** | **NON** |
| 1. J’ai été bien accueilli(e) à mon arrivée. | | | |  |  |
| 1. J’ai reçu l’aide nécessaire pour m’installer à mon arrivée. | | | |  |  |
| **INFORMATION / COMMUNICATION** | **Toujours** | **En général** | **Neutre** | **Parfois** | **Jamais** |
| 3) Le personnel tient compte de l’évolution de mon état de santé. |  |  |  |  |  |
| 4) La communication avec le personnel est claire et me permet de bien comprendre. |  |  |  |  |  |
| 5) Je sens que les informations à mon sujet sont traitées de façon confidentielle. |  |  |  |  |  |
| **SOINS ET TRAITEMENTS** | **Toujours** | **En général** | **Neutre** | **Parfois** | **Jamais** |
| 6) Je participe autant que je le veux aux décisions qui me concernent. |  |  |  |  |  |
| 7) Je participe à mes soins autant que je le souhaite. |  |  |  |  |  |
| 8) Mon intimité est respectée lors des soins et des traitements. |  |  |  |  |  |
| 9) Je reçois de l’aide dans un délai raisonnable lorsque j’utilise la cloche d’appel. |  |  |  |  |  |
| 10) Ma douleur est bien contrôlée et je suis confortable. |  |  |  |  |  |
| 11) Je reçois rapidement la médication dont j’ai besoin. |  |  |  |  |  |
| 12) Je reçois des soins qui répondent à mes besoins. |  |  |  |  |  |
| **QUALITÉ DE VIE** | **Toujours** | **En général** | **Neutre** | **Parfois** | **Jamais** |
| 13) Le personnel tient compte de mes valeurs culturelles et spirituelles. |  |  |  |  |  |
| 14) Le personnel me traite avec courtoisie, respect et compassion. |  |  |  |  |  |
| 15) Les repas sont bons, variés et à la bonne température. |  |  |  |  |  |
| 16) Les lieux sont propres (ex : ma chambre, le salon et la salle de toilette). |  |  |  |  |  |
| 17) Le personnel est souriant et me traite avec douceur. |  |  |  |  |  |
| 18) Le personnel me procure du soutien et des conseils. |  |  |  |  |  |
| 19) Le secteur autour de ma chambre est tranquille. |  |  |  |  |  |
| 20) J’ai le sentiment d’être en sécurité. |  |  |  |  |  |
| 21) Je bénéficie de temps de loisir et d’activités diverses. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **USAGERS / FAMILLE ET PROCHES** |
| Avez-vous des commentaires ou des suggestions à partager? |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **ÉVALUATION GLOBALE** |
| Sur une échelle de 1 à 10, quelle serait votre évaluation globale de l’Hôpital Marie-Clarac? |
| 1  = Pire hôpital qui soit  10  = Meilleur hôpital qui soit  1  ☐  2  ☐  3  ☐  4  ☐  5  ☐  6  ☐  7  ☐  8  ☐  9  ☐  10  ☐ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recommanderiez-vous l’Hôpital Marie-Clarac à votre famille ou à vos amis? | **OUI** | **NON** |
|  |  |

*Un grand merci de la direction générale!*