

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION QUALITÉ HÔTELIÈRE EN USLD

Madame, Monsieur, aidez-nous à améliorer votre quotidien en remplissant ce questionnaire
(mettez une croix dans la case de votre choix)

Date :

QUI COMPLÈTE CE QUESTIONNAIRE ?

- Vous Vous, aidé d'un tiers Un de vos proches

VOUS ÊTES ?

- Femme
 Homme

VOTRE ÂGE ?

- Moins de 75 ans
 Plus de 75 ans

VOTRE LIEU DE RÉSIDENCE ?





- Orfèvres
 Tisserands
 Brodeurs
 Chapeliers

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ?

- Moins d'un an
 Entre 1 et 3 ans
 Plus de 3 ans



*Je choisis
Je mets une croix*

	 Très satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout	 Sans opinion
VOTRE CHAMBRE				
SON CONFORT				
SES ÉQUIPEMENTS ET INSTALLATIONS				
SA DIMENSION				
SA TEMPÉRATURE EN ÉTÉ				
SA TEMPÉRATURE EN HIVER				
SA PROPRETÉ				
SON AMBIANCE SONORE				
VOUS SENTEZ-VOUS BIEN DANS VOTRE CHAMBRE ?				

OUI NON

Je choisis
Je mets une croix



Très satisfaisant



Peu satisfaisant



Pas satisfaisant du tout



Sans opinion

LES ESPACES COLLECTIFS (Salle à manger, salon...)

LEUR PROPRETÉ ET LEUR CONFORT

LEUR AMBIANCE

VOUS REPÉREZ-VOUS FACILEMENT DANS LES LOCAUX ?

J'entoure la réponse OUI NON

LES ESPACES EXTÉRIEURS (Jardins, terrasses...)

PROFITEZ-VOUS DES EXTÉRIEURS ?

J'entoure la réponse OUI NON

SI OUI, SONT-ILS ADAPTÉS ET BIEN AMÉNAGÉS ?

J'entoure la réponse OUI NON

SI NON, POURQUOI ? (J'explique)

LES REPAS

AVEZ-VOUS UN RÉGIME PARTICULIER ? OUI NON

AVEZ-VOUS BESOIN D'UNE AIDE POUR PRENDRE VOTRE REPAS ? OUI NON

PRISE EN COMPTE DE VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

VARIÉTÉ DES MENUS

TEMPS OCTROYÉ POUR LE REPAS

AMBIANCE DU REPAS

PRÉSENTATION DE LA TABLE ET DES ASSIETTES





HORAIRES DE REPAS

SAVEUR DES PLATS

TEMPÉRATURE DES PLATS

QUANTITÉS PROPOSÉES

PROPRETÉ DE LA TABLE ET DE LA VAISSELLE

	 Très satisfaisant	 Peu satisfaisant	 Pas satisfaisant du tout	 Sans opinion
LE LINGE				
PROPRETÉ DU LINGE FOURNI <i>(drap, couverture, oreiller, serviette de toilette, gant, serviette de table...)</i>				
QUANTITÉ DE LINGE MIS À DISPOSITION				
VOTRE LINGE PERSONNEL EST-IL ENTRETENU PAR LA RÉSIDENCE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Si OUI,				
PROPRETÉ				
ODEUR				
REPASSAGE - PLIAGE				
DELAI DE RETOUR				
VOUS EST-IL ARRIVÉ DE RÉCUPÉRER DU LINGE ABÎMÉ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS RÉCUPÉRER VOS VÊTEMENTS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

EN RÉSUMÉ, CONCERNANT LES LOCAUX, LES REPAS, LE LINGE...

CE QUE VOUS TROUVEZ TRÈS BIEN :



CE QUE VOUS NE VOULEZ PLUS :



VOUS AVEZ DES IDÉES ?

Direction des Soins, de la Qualité et de la Gestion des Risques
dsqgr@ch-beziers.fr

Centre Hospitalier de Béziers
2, rue Valentin Haüy 34500 Béziers
Tél. standard : 04 67 35 70 35
contact@ch-beziers.fr - www.ch-beziers.fr



suivez-nous sur :



Lieu de santé sans tabac 