



CSS

Assurance

Enquête de satisfaction auprès des patients

Votre satisfaction nous importe. Merci de prendre le temps de remplir ce questionnaire. Votre participation est facultative, et l'évaluation est anonyme.

Questions générales sur votre séjour à l'hôpital

Veillez ne donner qu'une seule réponse par question, sauf indication contraire.

1	Dans quel hôpital avez-vous été traité/e en stationnaire?
	Nom de l'hôpital Lieu de l'hôpital Admission Sortie
2	Quelle était la raison de votre séjour hospitalier?
	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maternité
3	Dans quel service avez-vous principalement été soigné/e?
	<input type="checkbox"/> Médecine généraliste/interne <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Orthopédie <input type="checkbox"/> Gynécologie <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Autres
4	Avez-vous été pris/e en charge en stationnaire via les urgences /le service d'urgences?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Dans quelle classe d'assurance avez-vous été soigné/e lors de ce séjour hospitalier?
	<input type="checkbox"/> Commune <input type="checkbox"/> Semi-privé <input type="checkbox"/> Privé
6	Le traitement stationnaire est-il terminé?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	La poursuite des soins après votre sortie de l'hôpital a-t-elle été organisée et assurée (p. ex. traitements, accompagnement personnalisé des patients, etc.)?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Il n'était pas nécessaire de poursuivre les soins
	Si oui: quels traitements sont /ont été mis en place? (Possibilité d'indiquer plusieurs réponses)
	<input type="checkbox"/> Traitements ambulatoires (p. ex. physio, ergothérapie) <input type="checkbox"/> Cure <input type="checkbox"/> Clinique de réadaptation <input type="checkbox"/> Autres
8	Pour quelles raisons avez-vous choisi cet hôpital? (Possibilité d'indiquer plusieurs réponses)
	<input type="checkbox"/> Recommandation /organisation du séjour par mon médecin de famille <input type="checkbox"/> Recommandation par un médecin spécialisé <input type="checkbox"/> Recommandation de parents /connaissances <input type="checkbox"/> Recommandation de la CSS / INTRAS / Arcosana <input type="checkbox"/> Recherche sur css.ch/qualicheck <input type="checkbox"/> Recherche sur Internet <input type="checkbox"/> Réputation de l'hôpital <input type="checkbox"/> Situation géographique de l'hôpital <input type="checkbox"/> Autres raisons

Satisfaction au sujet du séjour hospitalier

Les réponses se situent sur une échelle de 1 à 6, 1 correspondant à l'évaluation la plus négative et 6 à la plus positive.

9	Procédures administratives: à quel point avez-vous été satisfait / e...						
	... de la durée qui s'est écoulée entre l'organisation du séjour par votre médecin et l'admission à l'hôpital?	Pas du tout				Tout à fait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	... des procédures administratives lors de l'admission?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	... des procédures administratives lors de la sortie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10	Dans quelle mesure les affirmations suivantes correspondent-elles aux médecins traitants?						
	Les médecins m'ont expliqué toutes les étapes du traitement de manière claire.	Pas du tout				Tout à fait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Les médecins m'ont prévenu/e des avantages et des risques des examens et des traitements.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Les médecins m'ont expliqué toutes les étapes du traitement à un moment où je pouvais être réceptif/ive.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	J'ai eu la possibilité de m'exprimer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	J'ai eu la possibilité d'avoir des entretiens médicaux réguliers dans un espace privé adapté.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Les médecins ont répondu à mes questions de manière claire.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	J'ai été principalement suivi / e par un seul médecin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11	Dans quelle mesure les affirmations suivantes correspondent-elles au personnel soignant?						
	Le personnel soignant m'a expliqué toutes les étapes des soins de manière claire.	Pas du tout				Tout à fait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Le personnel soignant a répondu à mes questions de manière claire.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je me suis senti / e encadré / e de manière compétente par le personnel soignant.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Le personnel soignant a tenu compte de mes souhaits et de mes doutes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	J'ai été principalement encadré / e par les mêmes collaborateurs du personnel soignant.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12	Hébergement et repas						
	J'ai été informé / e de manière suffisante sur l'offre de service et d'hôtellerie.	Pas du tout				Tout à fait	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis satisfait / e de l'offre d'hébergement.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis satisfait / e de la qualité des repas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis satisfait / e de la propreté de la chambre.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis satisfait / e de la taille et de l'équipement de la salle d'eau.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis satisfait / e de la propreté de la salle d'eau (toilettes, douche).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis satisfait / e de la propreté dans les salles d'eau communes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis satisfait / e de l'infrastructure (télévision, Internet, téléphone).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13	Etiez-vous hospitalisé / e dans une ...						
	<input type="checkbox"/> ...chambre à un lit? <input type="checkbox"/> ...chambre à deux lits? <input type="checkbox"/> ...chambre à trois ou plusieurs lits?						

14	Pouviez-vous choisir librement votre médecin?							
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas					
	Si non/Ne sait pas: auriez-vous bien aimé choisir librement votre médecin traitant?							
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non						
15	Saviez-vous qu'en concluant une assurance complémentaire d'hospitalisation, vous pouviez choisir votre médecin?							
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non						
16	Evaluation globale							
		Ne sait pas	Pas du tout				Tout à fait	
	Je recommanderais l'hôpital.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Je suis globalement satisfait/e du traitement.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Grâce au traitement, ma qualité de vie s'est améliorée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Le traitement a amélioré mon état de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Satisfaction à l'égard de la CSS/d'INTRAS/d'Arcosana en rapport avec votre séjour hospitalier

17	Avez-vous eu un contact avec la CSS/INTRAS/ Arcosana à propos de votre séjour hospitalier?							
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non						
			Pas du tout				Tout à fait	
	Si oui: dans quelle mesure vous êtes-vous senti/e bien entouré/e par la CSS/INTRAS/Arcosana pour les questions relatives à votre hospitalisation?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Si vous avez donné une note entre 1 et 3: pourquoi ne vous êtes-vous pas senti/e bien encadré/e?							
							
							
							
18	Avez-vous conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation auprès de la CSS/INTRAS/ Arcosana?							
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non						
			Pas du tout				Tout à fait	
	Recommanderiez-vous cette assurance complémentaire d'hospitalisation à vos amis ou connaissances?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Pourquoi recommanderiez-vous ou ne recommanderiez-vous pas l'assurance complémentaire?							
							
							
							

19	Que pourrait faire la CSS / INTRAS / Arcosana pour rendre plus agréable votre hospitalisation (avant, pendant et après)?
	<hr/> <hr/> <hr/>

Données relatives à votre personne

Nous vous prions, pour terminer, de fournir encore quelques informations vous concernant.
Ces indications ne permettent pas de remonter à votre personne ni à vos données d'assurance.

20	Sexe
	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
21	Votre année de naissance?
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Nous vous remercions de votre aide.
Votre CSS Assurance.