

Afin d'améliorer la qualité de nos services, votre avis nous intéresse !
Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Votre mode d'entrée : Hospitalisation complète SSR

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
• <u>Votre accueil</u>				
Facilité d'accès sur le site	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil à l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
• <u>Communication</u>				
Contenu du Livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations disponibles au sein de l'établissement (affiche, tract, site internet,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
• <u>L'équipe médicale</u> (médecins)				
Qualité du suivi médical :				
Informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été impliqué dans les décisions liées aux soins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
<hr/>				
• <u>L'équipe soignante</u> (infirmières, aides-soignantes)				
De jour				
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De nuit				
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
• <u>Les activités thérapeutiques proposées</u>				
Adaptées	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Si non pourquoi ?				
En nombre suffisantes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Répondent à vos attentes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Pourquoi ?				

• L'équipe hôtelière (ménage, repas)	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Locaux et environnement

La chambre :

Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les lieux communs :

Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipements (salle de pause, distributeurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Repas

Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversité / Variété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaleur	<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"/>

Avez-vous un régime particulier? Si oui lequel :.....

A-t-il été respecté ? OUI NON

• Votre sortie

Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation (date de sortie, destination,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information médicale relative à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information administrative relative à votre s o rtie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Divers

Le respect de votre vie privée/Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de vos croyances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil et accompagnement de l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez être à nouveau hospitalisé,

Chosiriez-vous notre établissement ? OUI NON

Seriez-vous prêt à conseiller notre établissement à un proche ? OUI NON

• Votre satisfaction globale

Numéro de chambre :

Date de votre séjour :/...../.....

Votre nom (facultatif) :

Commentaires généraux :

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.

Merci de le déposer dans la boîte située dans le hall d'accueil.

En espérant que votre séjour vous a donné entière satisfaction, nous vous souhaitons un prompt rétablissement.