

Le questionnaire de satisfaction nous permet d'améliorer le service rendu au patient. Vous pouvez le déposer dans la boîte prévue à cet effet près du bureau du cadre de santé. Un livre d'or est également disponible dans le hall d'accueil.

Avez-vous été satisfait de l'accueil ?	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait
• Indications pour arriver jusqu'à l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Votre impression sur l'accueil à l'arrivée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Modalités de recueil des données administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aide apportée par le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Repérage dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Identification des différentes catégories de personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Délai d'installation dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Accueil de vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globalement, de l'accueil, vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été satisfait de la prise en soins ?	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait
• Relation avec le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Relation avec les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Coordination entre les différents intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Attention portée à la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Participation à la définition des objectifs de votre séjour lors des visites médicales = construction de votre projet de soins thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respect de la confidentialité de vos informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respect de votre dignité, intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Informations sur votre état de santé et sur les soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globalement, sur la prise en soins, vous êtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été satisfait de l'hôtellerie ?	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait
• Confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Calme dans le service (bruit, éclairage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respect de vos croyances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prestations (téléphone, télévision, journaux, coiffeur, animation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globalement, de l'hôtellerie, vous êtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été satisfait de la restauration ?	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait
• Horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Température des plats servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité de la présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quantité servie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Variété des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respect des régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aide au repas si besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globalement, de la restauration, vous êtes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre expérience patient	Mauvaise	Faible	Moyenne	Bonne	Excellente	Non concerné
• Par rapport à votre état de santé actuel, comment qualifieriez-vous la prise en soins ?.....	<input type="checkbox"/>					
• Comment qualifieriez-vous l'évolution de votre condition physique ?	<input type="checkbox"/>					
• Que pensez-vous de la durée moyenne de vos séances de kinésithérapie ?.....	<input type="checkbox"/>					
• Comment qualifieriez-vous la prise en soins de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>					
• Que pensez-vous des consignes / conseils apportés pour réaliser vos actes du quotidien ?.....	<input type="checkbox"/>					

Votre avis sur le Centre

En cas de besoin, et si vous aviez le choix, reviendriez-vous dans notre établissement OUI NON
 En fonction de votre expérience, recommanderiez-vous l'établissement à vos proches OUI NON

Vos remarques et suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vos coordonnées (si vous le souhaitez) :

 Nom et prénom :
 N° chambre :
 Date d'entrée et de sortie du service :