



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Service des soins de suite et de réadaptation

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer les prestations dans l'établissement, nous vous donnons ce questionnaire pour exprimer ce qui vous a satisfait ou non lors de votre séjour.

Nous vous remercions par avance de vos réponses.

Mois d'hospitalisation :

Année :

QUALITE DE L'ACCUEIL

La qualité de l'accueil

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
L'accueil au service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil dans les services de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les délais d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION

Est-ce qu'on vous a :

	Oui	Non
remis le livret d'accueil de l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
donné "la charte de la personne hospitalisée" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proposé de désigner une "personne de confiance" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prévenu avant chaque soin (toilette, pansement, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
donné une information sur la prise en charge de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes vous satisfait(e) des informations données :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
dans le livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur le fonctionnement du service (soins, repas, téléphone, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur les examens passés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur l'organisation de votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE

Êtes vous satisfait(e) :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
de la qualité des soins réalisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des horaires des soins (toilette, pansement, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'amabilité du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la disponibilité du personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'attention accordée à votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Service des soins de suite et de réadaptation

LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Avez-vous eu besoin d'une prise en charge de votre douleur? Si oui, Un traitement vous a-t-il été administré ?

Oui Non Oui Non

Comment qualifiez-vous la prise en charge de votre douleur?

Excellent Bon Moyen Mauvais

RESTAURATION

Qualité de la restauration

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A bonne température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respectueux par rapport à votre régime à votre goût ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous satisfait(e) des horaires de repas :

	Oui	Non
matin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
midi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITE DE L'HOTELLERIE

Êtes-vous satisfait(e) :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
de la température des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la propreté des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du calme le jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du calme la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement et accessibilité de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DANS L'ENSEMBLE

Recommanderiez-vous l'établissement à un proche ?

Oui Non

Quelle note globale attribuez-vous à l'établissement ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sachant que 1 est le minimum et 10 le maximum

Vos suggestions d'amélioration :

La Direction vous remercie pour vos réponses qui seront précieuses pour améliorer les prestations que nous offons aux usagers.

Vous pouvez remettre ce questionnaire au personnel du service ou dans la boîte à suggestions.