

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

La Direction, l'équipe médicale, le personnel, animés par un souci permanent de qualité, souhaitent recueillir votre avis.

Vous pouvez donc, de façon anonyme, nous faire part de vos observations en répondant à ce questionnaire que vous pourrez déposer dans la boîte aux lettres disposée dans le service ou à l'équipe de soins avant de partir.

Nous vous en remercions par avance, vous assurons de notre entière disponibilité et vous souhaitons un très prompt rétablissement.

La Direction

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (X) la case de votre choix

TS = Très Satisfait S = Satisfait M = Mécontent TM = Très Mécontent

Hospitalisation du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Votre hospitalisation dans cet établissement	S'est faite en urgence <input type="checkbox"/>
	Était prévue <input type="checkbox"/>
	S'est faite en venant d'un autre établissement <input type="checkbox"/>

Avez-vous eu le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Les informations contenues dans le livret d'accueil vous ont parue.	TS	S	M	TM

ADMISSION – QUALITE ACCUEIL – INFORMATIONS	TS	S	M	TM
L'ACCUEIL téléphonique de notre établissement				
L'ACCUEIL entrée principale de l'établissement				
L'ACCUEIL au bureau des ADMISSIONS				
L'ACCUEIL reçu dans le service de SOINS				
L'IDENTIFICATION des professionnels rencontrés				
LES INFORMATIONS reçues concernant votre hospitalisation				
LES INFORMATIONS reçues concernant la prise en charge de votre séjour, prestations et des tarifs des suppléments (mutuelle, Tv, wifi, téléphone, chambre seule...)				

QUALITE DES SOINS	TS	S	M	TM
L'INFORMATION sur le traitement et les soins dispensés				
QUALITE des soins par votre médecin				
QUALITE des soins par l'équipe soignante				
LE RESPECT de votre INTIMITE et de la CONFIDENTIALITE				
QUALITE de la relation (disponibilité, écoute...) par l'équipe soignante				
QUALITE de la relation (disponibilité, écoute...) par le médecin				

QUALITE DE VOTRE PRISE EN CHARGE	TS	S	M	TM
L'équipe médicale				
L'équipe des kinésithérapeutes				
L'équipe des éducateurs de sport adapté (APA)				
L'équipe soignante de jour				
L'équipe soignante de nuit				

QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	TS	S	M	TM
Que pensez-vous de l'efficacité des soins reçus pour calmer votre douleur ?				

TOURNEZ SVP →

QUALITE DES PRESTATION HOTELIERES	TS	S	M	TM
LA PROPRETE de votre chambre				
LA PROPRETE du linge				
LE CONFORT de la chambre				
LES PRESTATIONS TV, téléphone...				
LE NIVEAU de bruit dans le service (ou dans votre chambre) LE JOUR				
LE NIVEAU de bruit dans le service (ou dans votre chambre) LA NUIT				
LA QUALITE des repas				
LA TEMPERATURE des plats				
LA VARIETE des plats				
LA QUANTITE servie				
LA PRESENTATION des plats				
LE RESPECT du régime alimentaire				

VOTRE SORTIE – QUALITE ACCUEIL - INFORMATIONS	TS	S	M	TM
LES INFORMATIONS concernant votre SORTIE ADMINISTRATIVE				
LES INFORMATIONS concernant les CONSIGNES MEDICALES				

APPRECIATIONS GLOBALES	TS	S	M	TM
Votre opinion générale sur votre séjour				
Recommanderiez-vous l'établissement à votre entourage	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	

Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

*Ce questionnaire est terminé. Merci de nous le retourner.
Nous vous remercions de votre participation à cette étude
qui contribuera à améliorer la qualité des soins dans notre établissement.*