

Votre avis nous intéresse et nous aide à améliorer la qualité de nos services : merci de le remplir et le dans l'urne prévu à cet effet à l'accueil, à l'espace Matisse, l'espace balnéothérapie ; le remettre dans le service de soins ou l'adresser par courrier à la Direction de l'établissement. L'analyse de ces questionnaires est effectuée par la Responsable Qualité et transmise aux Responsables de l'établissement pour mise en place des mesures d'amélioration de la satisfaction.

Questionnaire anonyme : Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer votre nom

INDICATEURS REPONSES :



Très satisfait (8 à 10/10)



Satisfait (5 à 7/10)



Insatisfait (0 à 4/10)

VOTRE ACCUEIL



- L'accès à l'établissement/parking** ☐ ☐ ☐
- L'accueil du service administratif** ☐ ☐ ☐
- * Qualité des informations & réponses données à l'accueil** ☐ ☐ ☐
- Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance :** Oui ☐ Non ☐
- Vous a-t-on remis le livret d'accueil :** Oui ☐ Non ☐
- * Avez-vous trouvé les informations utiles et claires :** ☐ ☐ ☐
- Savez-vous que des représentants des usagers sont à votre écoute ?** Oui ☐ Non ☐

VOTRE CONFORT HOTELIER



- Le service hôtelier** ☐ ☐ ☐
- La relation (écoute, information, disponibilité)** ☐ ☐ ☐
- Votre chambre et son environnement** *la propreté* ☐ ☐ ☐
- *la température* ☐ ☐ ☐
- *le calme, la tranquillité, la sécurité* ☐ ☐ ☐
- *le mobilier, les équipements* ☐ ☐ ☐
- La restauration, l'alimentation, la nutrition ...** *la présentation* ☐ ☐ ☐
- *la qualité et la quantité* ☐ ☐ ☐
- *la diversité* ☐ ☐ ☐
- Les prestations :** *téléviseur, téléphone, Internet, vitrine/journaux/revues* ☐ ☐ ☐
- Les espaces détente :** *les salons intérieurs et salle de repos* ☐ ☐ ☐
- *les terrasses extérieures, les espaces verts* ☐ ☐ ☐
- La communication, l'information :** *les panneaux d'affichage, plaquettes/flyers* ☐ ☐ ☐
- *le livret d'accueil* ☐ ☐ ☐

VOTRE SEJOUR - VOS SOINS



Les services médicaux

Qualité de la prise en charge ☐ ☐ ☐

Qualité de la relation (écoute, informations données, disponibilité) ☐ ☐ ☐

Les services d'hospitalisation des soins

Qualité de la prise en charge ☐ ☐ ☐

Qualité de la relation (écoute, informations données, disponibilité) ☐ ☐ ☐

Les secteurs de rééducation

Qualité de la prise en charge ☐ ☐ ☐

Qualité de la relation (écoute, informations données, disponibilité) ☐ ☐ ☐

La prise en charge de la douleur

Qualité de l'écoute ☐ ☐ ☐

Efficacité de la prise en charge ☐ ☐ ☐

Rapidité de la prise en charge ☐ ☐ ☐

Le respect des règles d'hygiène des mains par les professionnels ☐ ☐ ☐

Le respect de votre intimité, la confidentialité, la discrétion ☐ ☐ ☐

Le respect de vos valeurs (culturelles, religieuses, habitudes de vie...) ... ☐ ☐ ☐

Les comportements, attitudes et propos des personnels à votre égard ☐ ☐ ☐

La qualité des équipements médicaux ☐ ☐ ☐

Les informations transmises sur votre traitement médicamenteux

durant votre séjour ☐ ☐ ☐

Avez-vous été impliqué dans votre projet de soins ? ☐ Oui ☐ Non

VOTRE DEPART



La qualité/L'utilité des informations données :

(Coûts, date de sortie, documents, transport) ☐ ☐ ☐

Vous qualifiez globalement votre séjour de ☐ ☐ ☐

Accepteriez-vous d'être de nouveau hospitalisé dans l'établissement ? Oui ☐ Non ☐

→ Si non, pourquoi ?

Recommanderiez-vous l'établissement à vos proches ? Oui ☐ Non ☐

→ Si non, pourquoi ?

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS