

L'ARRIVÉE

- Etes-vous arrivé : en ambulance ou en véhicule sanitaire léger par vos propres moyens
- Avez-vous facilement trouvé l'accès à l'établissement ? Oui Non
- Avez-vous pu vous garer facilement ? Oui Non

VOTRE ACCUEIL



- Le livret d'accueil d'hospitalisation à temps partiel vous a-t-il été remis ?
 Oui Non
- Quelle a été votre impression concernant l'accueil à la réception ?
- Vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance ?
 Oui Non
- Vous a-t-on expliqué le dispositif « Mon espace santé » ?
 Oui Non

VOTRE PRISE EN CHARGE / LES SOINS



- Etes-vous satisfait des délais de prise en charge ?
- Respect de votre intimité, la confidentialité, la discrétion
- Qualité des services médicaux
- Relations (informations données, écoute, disponibilité)
 - Prise en charge
- Qualité de l'équipe non médicale
- Relations (informations données, écoute, disponibilité)
 - Prise en charge
- Qualité des équipements médicaux
- Prise en charge de la douleur
- Avez-vous pu parler de votre douleur avec l'équipe de rééducation ?
 Oui Non
 - Etes-vous satisfait de la prise en compte de votre douleur ?
 Oui Non
- Votre avis a-t-il été demandé et pris en compte dans votre prise en charge ?
 Oui Non

Commentaires :

LOCAUX



Propreté des lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait des espaces de détente (<i>Hall balnéo, salle de repos, extérieurs</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration			
▪ Avez-vous mangé au self ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
▪ Si oui, êtes-vous satisfait de la prestation ?			
• Goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respect de votre régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE POINT DE VUE



Quelle est votre opinion concernant l'hygiène des mains des professionnels dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selon vous, votre séjour dans l'établissement a-t-il eu des effets positifs sur votre santé ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous déjà vécu un évènement indésirable aux Embruns ? <i>Médicaments, chutes, soins...</i>			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<i>Si oui, lequel ?</i>			
Savez-vous comment nous faire part de tout évènement indésirable ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si nécessaire, reviendrez-vous aux Embruns ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<i>Si non pourquoi ?</i>			
Recommanderiez-vous l'établissement à vos proches ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<i>Si non pourquoi ?</i>			

Voyez-vous des points sur lesquels nous pourrions nous améliorer ?

.....

.....