

EVALUATION DE LA SATISFACTION DU PATIENT

Hospitalisation à temps complet

Madame, Monsieur, votre séjour dans notre établissement touche à sa fin. Dans le cadre de notre démarche qualité, nous vous remercions de bien vouloir donner votre avis sur votre hospitalisation.

NOM - PRENOM (facultatif) :

Lit (facultatif) :

Service de soins :

Date de sortie :

VOTRE ACCUEIL

	Excellente	Bonne	Moyenne	Faible	Mauvaise
Que pensez-vous de l'accessibilité de l'établissement ? (signalétique, parking..)	<input type="checkbox"/>				

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans le Centre par :

- le personnel administratif ?	<input type="checkbox"/>				
-le personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>				

VOTRE PRISE EN CHARGE

Vous avez bénéficié d'une écoute attentive de la part :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
- des médecins ?	<input type="checkbox"/>				
- des soignants (Infirmier-e-s - Aides-soignant-e-s) ?	<input type="checkbox"/>				
- des kinésithérapeutes/ergothérapeutes ?	<input type="checkbox"/>				

- de l'enseignant en Activité Physique Adaptée	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- de la diététicienne ?	<input type="checkbox"/>				
-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le personnel a-t-il pris en compte votre handicap ?	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous reçu des explications sur votre projet de soins et de rééducation ?	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous pu participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ?	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vos besoins personnels ont-ils été pris en compte dans la planification de vos soins ?	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Au cours de votre séjour, les personnels ont-ils respecté :

- votre intimité ?	<input type="checkbox"/>				
- votre dignité ?	<input type="checkbox"/>				
- la confidentialité des informations vous concernant ?	<input type="checkbox"/>				

	Excellente	Bonne	Moyenne	Faible	Mauvaise	non concerné
Qu'avez-vous pensé de la prise en charge de vos douleurs ?	<input type="checkbox"/>					

Qu'avez-vous pensé du délai d'intervention de nos professionnels en cas de besoin d'aide ?	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comment jugeriez-vous la prise en charge par les transporteurs sanitaires pendant le séjour ?	<input type="checkbox"/>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Qu'avez-vous pensé de l'aide apportée par l'assistante sociale pour vous aider dans vos démarches ?	<input type="checkbox"/>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



SEANCES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Qu'avez vous pensé des séances d'éducation thérapeutique :

	Excellente	Bonne	Moyenne	Faible	Mauvaise	NC
Diabète	<input type="checkbox"/>					
AVK-Anticoagulants	<input type="checkbox"/>					
PTH	<input type="checkbox"/>					
Rachis	<input type="checkbox"/>					
Epaule	<input type="checkbox"/>					
Douleur	<input type="checkbox"/>					

CHAMBRE/LIEU DE VIE & REPAS

	Excellente	Bonne	Moyenne	Faible	Mauvaise	Non concerné
Que pensez-vous du confort de la chambre ?	<input type="checkbox"/>					
Que pensez-vous de la propreté de la chambre ?	<input type="checkbox"/>					
Que pensez-vous des prestations de la chambre ? (TV-wifi..)	<input type="checkbox"/>					
Que pensez-vous des services proposés (coiffeur, pédicure..) ?	<input type="checkbox"/>					

Avez vous été gêné pendant votre séjour par :

le bruit Oui Non la température Oui Non les odeurs Oui Non

Précisez :

	Excellente	Bonne	Moyenne	Faible	Mauvaise
Que pensez-vous de la qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>				
Que pensez-vous de la quantité des repas ?	<input type="checkbox"/>				
Que pensez-vous du respect de votre régime/préférences alimentaires ?	<input type="checkbox"/>				
Que pensez-vous de la qualité du service au moment des repas ?	<input type="checkbox"/>				

VOTRE SORTIE

Que pensez-vous de la manière dont votre sortie a été préparée/anticipée?

Excellente	Bonne	Moyenne	Faible	Mauvaise
<input type="checkbox"/>				

OPINION GENERALE

Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour ?

Excellente	Bonne	Moyenne	Faible	Mauvaise
<input type="checkbox"/>				

Recommanderiez-vous notre Centre à votre entourage ?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si non, pourquoi ?

Qu'avez-vous retenu de positif sur votre séjour ?

.....

.....

.....

.....

Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre séjour ?

.....

.....

.....

.....

« Nous vous informons que dans le cadre du RGPD (Règlement général sur la protection des données) , vos données personnelles seront analysées. Pour toute information complémentaire, vous pouvez consulter la politique RGPD disponible à l'accueil »

