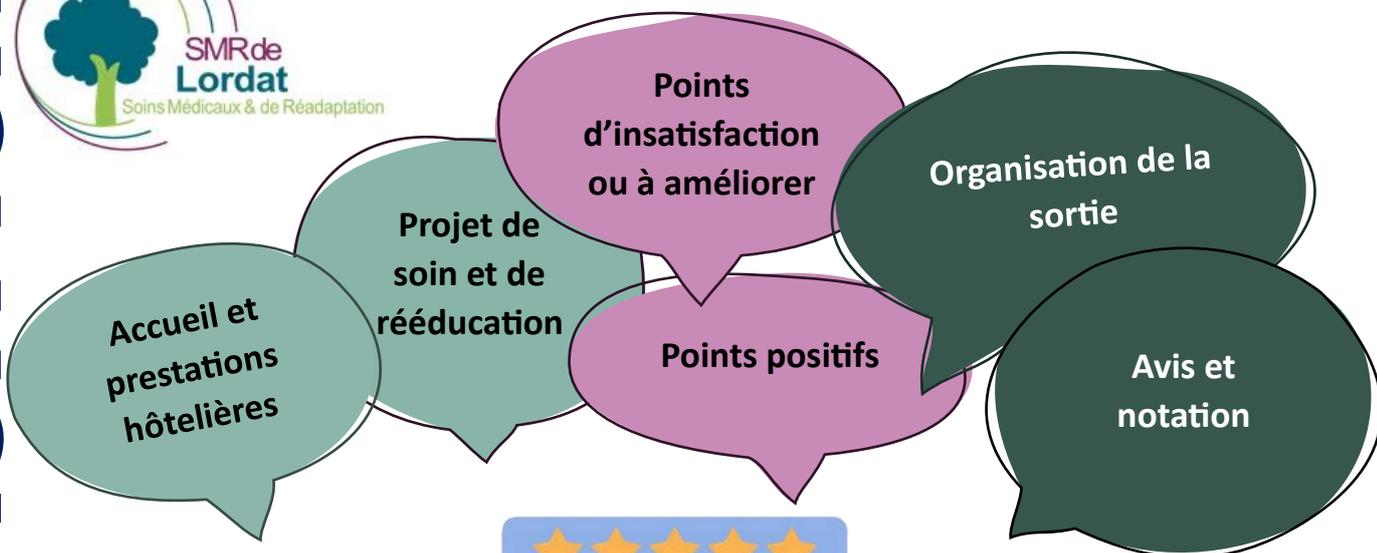


Votre avis nous intéresse...



Pour connaître votre satisfaction et répondre encore mieux à vos attentes, nous vous invitons à remplir le questionnaire de sortie (anonyme).

Des idées, des suggestions ? Exprimez-vous et aides-nous à améliorer la prise en charge de nos patients !

En fin de séjour,

Scannez-moi pour une version numérique ou complétez le questionnaire en format papier !



Pour déposer le questionnaire papier, une boîte aux lettres est mise à disposition dans le hall d'accueil ou le donner à un professionnel avant votre départ



VOTRE AVIS NOUS INTERESSE !

Madame, Monsieur,

À la suite de votre séjour dans notre établissement de soins médicaux et de réadaptation, nous souhaitons recueillir votre avis, afin de nous donner l'opportunité d'améliorer notre accueil et notre prise en charge.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes !

Cas particuliers : Les parents/proches/aidants peuvent répondre à la place ou avec une personne en incapacité de le faire (personne âgée, personne diminuée physiquement, psychiquement, sous tutelle...).

L'ensemble de l'équipe vous remercie pour votre participation.

1. Quelle est votre date de sortie ? Le :

2- Votre accueil

	 Oui et je l'ai lu	 Oui, mais je ne l'ai pas lu	 Non	 Je ne me souviens plus
Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été informé(e) de l'existence des représentants d'usagers dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été sensibilisé aux risques infectieux avant et après votre rééducation (hygiène des mains, port du masque en cas de symptômes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	 Très satisfait-e	 Satisfait-e	 Moyennement satisfait-e	 Peu satisfait-e	 Pas du tout satisfait-e	 Pas d'avis
--	---	--	---	--	--	---

3. Que pensez-vous :

De la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement (explications sur le fonctionnement de l'établissement, présentation des lieux, des espaces, des services) ?	<input type="checkbox"/>					
De la façon dont le personnel vous a accueilli dans l'établissement de santé (politesse, écoute, hospitalité, gentillesse) ?	<input type="checkbox"/>					
Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>					

						
	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Pas d'avis
4. Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive :						
Des médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'équipe de rééducation (Kinésithérapeutes, Ergothérapeute, Enseignant en activité physique adapté APA, Diététicienne, Psychologue) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'équipe administrative (secrétaires, assistante sociale...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'équipe d'entretien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durant votre séjour,						
Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, vos soins, votre évolution etc... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des explications sur votre projet de soins et de rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les professionnels ont-ils pris en compte vos besoins personnels ou votre handicap ou vos difficultés lors de vos soins quotidiens (aide quotidienne, toilette, habillage...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que les médecins, l'équipe soignante et l'équipe de rééducation paramédicale travaillaient bien ensemble (de façon coordonnée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la clarté des réponses à vos questions des médecins, de l'équipe soignante et de l'équipe de rééducation du service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre prise en charge

6. Que pensez-vous :	 Très satisfait-e	 Satisfait-e	 Moyennement satisfait-e	 Peu satisfait-e	 Pas du tout satisfait-e	 Pas d'avis
Du soutien psychologique qui vous a été apporté par les professionnels qui vous ont pris en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité lors de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la rapidité d'intervention à vos appels le jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la rapidité d'intervention à vos appels la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fréquence des visites des médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation des soins de jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation des soins de nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation des soins de rééducation (kinésithérapie, activité physiques adaptés, diététique, psychologique...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la gestion administrative de votre dossier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité des prestations assurées par la société de transport (ambulance, VSL) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

De la façon dont votre douleur ont été prise en charge ?	<input type="checkbox"/>					
De la façon dont a été réévaluée votre douleur ? (évaluation/réévaluation régulière)	<input type="checkbox"/>					
De l'efficacité des moyens proposés pour soulager votre douleur ?	<input type="checkbox"/>					

Votre lieu de vie au sein de l'établissement et prestations hôtelières

Que pensez-vous de :	 Très satisfait-e	 Satisfait-e	 Moyennement satisfait-e	 Peu satisfait-e	 Pas du tout satisfait-e	 Pas d'avis
8. VOTRE CHAMBRE						
De son confort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De sa propreté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De son calme et de sa tranquillité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'adaptation des équipements de l'établissement à votre situation (aménagement de la chambre et des sanitaires, visibilité des panneaux d'affichage, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accès à internet/wifi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accès au téléphone fixe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accès à la télévision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. LES LOCAUX						
De l'accessibilité et de la signalétique des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des espaces intérieurs (espaces de rencontre, distributeur de café, eau, manger...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des espaces extérieurs (espace fumeur, jardin, terrasse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires de visite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des services (services à la personne, courrier, coiffeur, pédicure...) ou des activités (jeux de société, livres, journaux...) proposés par l'établissement lors de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre lieu de vie lors de votre prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous	 Très satisfait-e	 Satisfait-e	 Moyennement satisfait-e	 Peu satisfait-e	 Pas du tout satisfait-e	 Pas d'avis

10. LES REPAS

De la qualité ?	<input type="checkbox"/>					
De la quantité ?	<input type="checkbox"/>					
Du respect de vos préférences alimentaires / de votre régime ?	<input type="checkbox"/>					
Du rythme et de l'organisation des repas (horaires, durée, service) ?	<input type="checkbox"/>					
Des plateaux repas servis en chambre au dîner ?	<input type="checkbox"/>					
De la variété des menus et de la présentation des plats ?	<input type="checkbox"/>					
Des repas pris en salle à manger commune (convivialité, bruit, environnement) ?	<input type="checkbox"/>					
Globalement, avez-vous pris du plaisir à manger au Centre de Lordat ?	<input type="checkbox"/>					

11. ORGANISATION DE VOTRE SORTIE : Que pensez-vous ?

Des informations que vous avez reçues sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie ? (mise en place d'aide pour les courses, repas, ménage, téléalarme...) ?	<input type="checkbox"/>					
Des informations que vous avez reçues sur la poursuite de vos soins après votre sortie (rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes rendus, des ordonnances, séance de kinésithérapie ...) ?	<input type="checkbox"/>					
Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie (préparation, anticipation, information, organisation du transport, du retour à domicile...) ?	<input type="checkbox"/>					

Opinion générale

11. Quelle note globale attribueriez-vous à votre séjour (accueil, prise en charge, lieu de vie, repas, prise en compte de vos attentes et de vos besoins, organisation de la sortie) ?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Pas du tout satisfaisant Très Satisfaisant

13. Si vous deviez être à nouveau hospitalisé(e) pour la même raison, reviendriez-vous dans notre établissement ?

 Non

 Oui

 Sans avis

14. Recommanderiez-vous notre établissement à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?

 Non

 Oui

 Sans avis

Pour en savoir plus

15. Qu'avez-vous retenu de positif/satisfaisant au cours de votre séjour ?

16. Qu'avez-vous retenu de négatif/insatisfaisant au cours de votre séjour ?

17. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Merci votre participation