

QUEST TION NAIRE



Votre séjour dans notre service de soins de suite et de réadaptation se termine. Dans un souci d'amélioration continue de nos prestations, l'ensemble du personnel vous sera reconnaissant de remplir ce questionnaire. Merci de remettre ce questionnaire à votre sortie à un membre du personnel ou de le glisser dans l'urne placée à l'accueil. Vos réponses resteront confidentielles.

Excellent Bon Passable Mauvais Non Concerné



VOTRE ACCUEIL

L'accueil du personnel administratif

L'accueil du personnel soignant

VOTRE PRISE EN CHARGE



Concernant les médecins

Etes-vous satisfait(e) des informations médicales données par votre médecin : (Etat de santé – traitement à suivre) ?

OUI NON

Etes-vous satisfait(e) de leur écoute et leur disponibilité ?

OUI NON

Concernant l'équipe soignante et paramédicale



Le respect de votre intimité pendant les soins, la toilette ?

Qualité des soins reçus

Leur écoute et leur disponibilité :

- De jour

- De nuit

Le bienfait des séances de kinésithérapie

Etes-vous satisfait(e) de leur écoute et de leur disponibilité

OUI NON

Avez-vous eu besoin de l'ergothérapeute ?

OUI NON

Si oui, êtes-vous satisfait(e) de son écoute et de sa disponibilité

OUI NON

Excellent Bon Passable Mauvais Non Concerné



Vos relations avec les agents de service en charge du ménage

Avez-vous eu besoin de l'assistante sociale ?

OUI NON

Si oui, êtes-vous satisfait(e) de son écoute et de sa disponibilité

OUI NON

Avez-vous eu besoin de la psychologue ?

OUI NON

Si oui, êtes-vous satisfait(e) de son écoute et de sa disponibilité

OUI NON

LA DOULEUR

Avez-vous eu besoin de demander un traitement contre la douleur ?

OUI NON

Si oui, Avez-vous été soulagé ?

OUI NON

LA CHAMBRE



La propreté

Le confort

La propreté des sanitaires

LES REPAS



La variété

La quantité

La chaleur des repas

Le respect de votre régime

LES VISITES



Les horaires de visite

Merci pour votre précieuse collaboration et bon retour.

