



SSR DOMAINE SAINT ALBAN

Questionnaire de satisfaction



Hospitalisation de jour

Pour améliorer notre qualité, nous avons un interlocuteur : VOUS

Notre établissement est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en charge et VOS réponses et suggestions, nous permettront de progresser.

Merci de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre et déposer votre questionnaire dans la boîte identifiée à cet effet près de l'accueil

Pour chaque question, cocher la case correspondante :

0= très mécontent 1= mécontent 2= satisfait 3= très satisfait NC= non concerné
NSPR= ne souhaite pas répondre

D'OÙ VENEZ-VOUS ?

- D'un hôpital Lequel ?.....
- D'une clinique Laquelle ?.....
- Du Domaine Saint Alban
- De votre domicile
- Autre Préciser

VOS DROITS

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ↪ Vous a-t-on remis un livret d'accueil à votre arrivée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↪ Connaissez-vous la CDU et son rôle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↪ A votre arrivée, vous a-t-on proposé de désigner une personne de confiance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :.....

QUALITE DE L'ACCUEIL

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | NC | NSPR |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ↪ Lors des formalités administratives d'admission ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↪ Par les différents soignants au moment de votre arrivée dans le service ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :.....

QUALITE DES PRESTATIONS

- Le cas échéant, que diriez-vous de la qualité de la **restauration** :
- | | 0 | 1 | 2 | 3 | NC | NSPR |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ↪ La qualité des repas (quantité, température des aliments, variété...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↪ Le respect de votre régime médical ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :.....



- | | 0 | 1 | 2 | 3 | NC | NSPR |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Que diriez-vous de la qualité des autres prestations : | | | | | | |
| ☞ La propreté générale de l'établissement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ La signalisation des locaux dans l'établissement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ La possibilité de vous reposer entre les différentes séances de rééducation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Les possibilités de stationnement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (relations, soins, accompagnement..)

0 1 2 3 NC NSPR

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Que pensez-vous de la qualité des soins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Que pensez-vous de la qualité d'accompagnement des différents professionnels ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Estimez-vous avoir été suffisamment impliqué dans les décisions concernant vos soins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Avez-vous obtenu des réponses satisfaisantes à vos questions sur vos soins et traitements ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes dans le service ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Avez-vous été gêné par du personnel qui parlait devant vous comme si vous n'étiez pas là ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ☞ Pensez-vous que les règles de confidentialité ont été respectées lors de votre séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | NC | NSPR |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☞ Quel est votre avis sur la prise en charge de la douleur pendant votre séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | | Non | | | |
| ☞ Les médecins et le personnel soignant ont-ils été attentifs à votre douleur ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| ☞ Votre douleur a-t-elle été évaluée ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| ☞ Votre douleur a-t-elle été soulagée ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| ☞ Dans un délai que vous jugez raisonnable ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |

Commentaires :

LES TRANSPORTS

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | NC | NSPR |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Que pensez-vous des transports (confort, sécurité, ponctualité..) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

RECOMMANDERIEZ-VOUS NOTRE ETABLISSEMENT

Oui Non

Quelles sont, selon vous, nos principales faiblesses ?.....
.....

Quelles sont, selon vous, nos principales forces ?.....
.....

Nous vous remercions pour toutes ces précieuses informations.

Ce questionnaire est anonyme mais si vous le souhaitez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées qui nous permettront le cas échéant de vous adresser une réponse.

Nom :	Prénom :	N° Chambre :
Adresse et/ ou mail :		

