

QUESTIONNAIRE DE SORTIE Médecine - Soins de Suite et Réadaptation de FLORAC

Service Qualité
Questionnaire V4a
Page 1/2
modification 23/05/2013

A déposer dans la boîte aux lettres au niveau de l'accueil OU Cadre de Santé

Votre avis sur la qualité des prestations fournies

Date :

Nom - Prénom (facultatif) :

.....

Durée du Séjour :

Inférieure à 1 mois supérieure à 1 mois

Quelles sont les raisons qui ont orienté votre choix vers le centre ?

- Votre médecin traitant ou chirurgien
- La réputation, le bouche à oreilles
- La proximité du domicile
- Le cadre et l'environnement
- Autre

Quelle a été votre première impression générale sur l'établissement lors de votre arrivée

- Mauvais Moyen Bon Excellent

Accueil

- Accueil administratif
- Accueil réservé à vos proches
- Qualité des informations de votre séjour (orales, livret d'accueil)

Mauvais	Moyen	Bon	Excellent	NC *

* Non concerné

Votre prise en charge en secteur d'hospitalisation

- Par l'équipe médicale (disponibilité, information sur votre état de santé, discrétion, respect intimité)
- Par l'équipe soignante de jour (disponibilité, information sur votre état de santé, discrétion, respect intimité)
- Par l'équipe soignante de nuit (disponibilité, information sur votre état de santé, discrétion, respect intimité)
- Prise en charge de la douleur (information, évaluation, traitement)
- Prise en charge par le brancardier

Mauvais	Moyen	Bon	Excellent	NC *

Votre prise en charge sur le plateau technique

- Prise en charge par les kinésithérapeutes (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)
- Prise en charge par l'ergothérapeute (disponibilité, information sur vos soins, discrétion, respect intimité)
- Prise en charge par l'orthophoniste (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)
- Prise en charge par la diététicienne (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)

Mauvais	Moyen	Bon	Excellent	NC

- Prise en charge par l'assistante sociale (Accompagnement, disponibilité, information, discrétion, respect intimité)

- Qualité du soutien psychologique

Conditions d'accueil durant votre séjour

- Qualité de la chambre
- L'équipement de votre chambre (téléphone, télévision...)
- La propreté de votre chambre
- La qualité des repas
- Le respect de votre régime alimentaire
- L'aide apportée à la prise des repas si besoin
- Le respect de votre repos (nuisances sonores)
- Respect de votre pratique culturelle

Mauvais	Moyen	Bon	Excellent	NC

Conditions de votre départ

- Les modalités de sorties (jour, heure, mode de transport, formalités administratives)
- Les consignes concernant votre traitement et les soins à poursuivre
- L'organisation de votre retour à domicile ou transfert vers une autre structure

Mauvais	Moyen	Bon	Excellent	NC

Considérez-vous avoir été assez informé sur votre état de santé et vos traitements ? *

Avez-vous eu connaissance de votre projet thérapeutique ? * (service SSR exclusivement)

Vous sentez vous globalement satisfait de votre séjour ? *

Recommanderiez-vous cet établissement à votre entourage ? *

OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON
OUI	NON

Vous êtes vous senti "bien traité", écouté ? Mettez une note sur 10 (10 étant la note la plus élevée). *



VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS

Personne ayant rempli le questionnaire : *

Patient	Famille	Autre
---------	---------	-------

* Entourez la bonne réponse

