

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SUR VOTRE SEJOUR 2023

Madame, Monsieur,

Vous avez été reçu au Centre Médical Germaine REVEL et nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi satisfaisant que possible.

En remplissant ce questionnaire, vous nous aiderez, par vos remarques et suggestions, à améliorer encore nos prestations. Merci de remplir en mettant une croix dans les cases à cocher.

Le questionnaire rempli est à déposer dans les boîtes prévues à cet effet, soit à l'entrée du bâtiment hébergement, soit à proximité de l'accueil, soit nous l'adresser par voie postale :

*Centre Médical Germaine REVEL*  
707 Route de la Condamine - Saint Maurice sur Dargoire  
69440 CHABANIERE

Date de début de séjour : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de séjour déjà effectués au Centre : \_\_\_\_\_

Hospitalisation complète       Hospitalisation de semaine

Votre unité :       U1       U2       U3

Nom et prénom (facultatif) : \_\_\_\_\_

N° de QS : .....

### L'ACCUEIL

Etes-vous satisfait de l'accueil qui vous a été réservé ...

	OUI	NON
A la réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bureau des entrées/sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pensez-vous que les informations données concernant l'organisation du Centre étaient suffisantes ?

OUI     NON

S'il s'agit de votre 1er séjour, l'aide-soignant de votre unité vous a-t-il fait visiter l'établissement ?

OUI     NON

### LA PRISE EN CHARGE DIRECTE

Avez-vous été satisfait de la qualité de la prise en charge en ...

	OUI	NON	Non-concerné
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités physiques adaptées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été satisfait ...

	OUI	NON	Non-concerné
De la qualité des soins reçus en unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité, de votre pudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la liberté d'expression (poser des questions...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du régime médical prescrit par votre médecin au CMGR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du programme d'éducation thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la balnéothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du groupe de parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du groupe de remédiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'animation en semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'animation en week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'atteinte de vos objectifs de séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES RELATIONS AVEC L'EQUIPE DU CENTRE

Estimez-vous avoir eu de bonnes relations avec ...

	OUI	NON
Votre médecin référent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel infirmier/aide-soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les agents hôteliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de l'aide des personnels pour ...

	OUI	NON
Vos déplacements dans le Centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'INFORMATION

Etes-vous satisfait des informations données ...

	OUI	NON	
Par les admissions, sur l'organisation de votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Par votre médecin sur votre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Par votre médecin sur votre traitement (mise en place et/ou modification)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non-concerné
Par l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant votre retour à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Etes-vous satisfait...

	OUI	NON
De la signalétique interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la signalétique externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'identification de vos interlocuteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre consentement a-t-il été recueilli concernant...

	OUI	NON	Non-concerné
La réalisation du bilan urodynamique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mise en place de votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de l'information donnée concernant le renforcement des précautions d'hygiène ?

	OUI	NON	Non-concerné
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LE CONFORT

Etes-vous satisfait...

	OUI	NON
Du confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté de la salle de bains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté du Centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la quantité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la diversité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du service lors du repas du midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du service lors du repas du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du rythme des journées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des facilités proposées à vos proches (restauration, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait des prestations et services annexes proposés...

	OUI	NON	Non-concerné
Boutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coiffure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanchisserie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ministre du culte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport pendant le séjour (consultation, examen externe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EN CONCLUSION

	OUI	NON
Pensez-vous avoir été bien pris en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou des suggestions dont vous aimeriez nous faire part ?

---

---

---

---

---