



Questionnaire

QUESTIONNAIRE
DE SATISFACTION

L'amélioration
de la qualité du
séjour des patients
à Dieulefit-Santé
dépend de vous !



Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Indiquez d'une croix votre degré de satisfaction selon les propositions suivantes :

1

vosre arrivée

L'ACCES

	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	INSATISFAIT	TRÈS INSATISFAIT	NON CONCERNÉ
SIGNALISATION EXTÉRIEURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCÈS EN VOITURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACILITÉS DE STATIONNEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACILITÉS À S'ORIENTER DANS L'ÉTABLISSEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCUEIL

	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	INSATISFAIT	TRÈS INSATISFAIT	NON CONCERNÉ
QUALITÉ DE L'INFORMATION DONNÉE AVANT VOTRE SÉJOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUALITÉ DE L'ACCUEIL DES MÉDECINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUALITÉ DE L'ACCUEIL DU PERSONNEL SOIGNANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUALITÉ DE L'ACCUEIL DES RÉÉDUCATEURS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUALITÉ DE L'ACCUEIL DU PERSONNEL ADMINISTRATIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

vosre séjour

• QUALITÉ DE L'INFORMATION (CLAIRE, PRÉCISE, SUFFISANTE, COHÉRENTE)

PAR LES MÉDECINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAR LE PERSONNEL SOIGNANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAR LES RÉÉDUCATEURS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAR LE PERSONNEL ADMINISTRATIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ATTENTION, ÉCOUTE

DES MÉDECINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DES SOIGNANTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DES RÉÉDUCATEURS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DU PERSONNEL ADMINISTRATIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• RÉACTIVITÉ ET EFFICACITÉ DES RÉPONSES

DES MÉDECINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DES SOIGNANTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DES RÉÉDUCATEURS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DU PERSONNEL ADMINISTRATIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• QUALITÉ DES SOINS

RESPECT DE L'INTIMITÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPECT DE L'HYGIÈNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• LUTTE CONTRE LA DOULEUR

QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE (PSYCHOLOGUE, RELAXATION, MASSAGE...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• QUALITÉ DE LA RÉÉDUCATION

ORGANISATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTÉRÊT DU PROGRAMME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• QUALITÉ DE L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS

DE LA PART DES MÉDECINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA PART DU PERSONNEL SOIGNANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA PART DES RÉÉDUCATEURS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE LA PART DU PERSONNEL ADMINISTRATIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ATELIERS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

QUALITÉ DES INFORMATIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

• TEMPS D'ATTENTE

POUR LA CONSULTATION MÉDICALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POUR LES SOINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POUR LA RÉÉDUCATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POUR LES ATELIERS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• SERVICES HÔTELIER

CONFORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYGIÈNE DES LOCAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESTAURATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTS ASSURÉS PAR NOS SOINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV, TÉLÉPHONE, INTERNET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINGERIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANIMATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

vosre sortie

PRÉPARATION DE VOTRE RETOUR À DOMICILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLICATION DES TRAITEMENTS, SUIVI MÉDICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 d'un point de vue général

VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EN QUOI VOTRE SÉJOUR A-T-IL ÉTÉ BÉNÉFIQUE À VOTRE SANTÉ ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PÉRIODE D'HOSPITALISATION (MOIS) :

TYPE : AMBULATOIRE / HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL
 HOSPITALISATION COMPLÈTE

SPÉCIALITÉ : CARDIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 NEUROLOGIE
 LOCOMOTEUR

VOTRE NOM :

VOTRE PRÉNOM :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.
Il nous est utile pour améliorer la qualité des soins.

À DÉPOSER DANS UNE DES BOITES PRÉVUES À CET EFFET

- AU SALON, FACE AU RESTAURANT
- DANS VOTRE UNITÉ, PRÈS DU BUREAU DU CADRE

FACULTATIF