

# Fondation des Villages de Santé et d'Hospitalisation en Altitude

Martel de Janville

Questionnaire de sortie

AIDEZ-NOUS A VOUS SATISFAIRE



Madame,

Mademoiselle,

Monsieur,

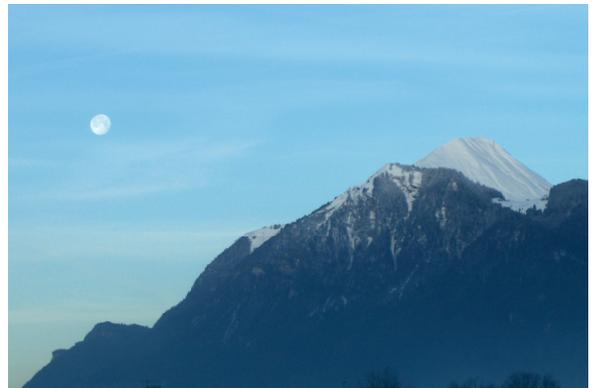
Ce questionnaire confidentiel vous est proposé pour nous permettre de mieux répondre à vos attentes et à vos besoins. Nous vous remercions d'y consacrer quelques minutes pour nous commenter votre séjour en remplissant l'enquête ci-dessous.

Votre avis nous intéresse et votre opinion nous est très précieuse ; elle nous aidera à améliorer nos services et nos soins.

## 1. LIEU DE VOTRE SEJOUR

- Service (étage) \_\_\_\_\_
- Date de votre sortie \_\_\_\_\_
- Durée de votre séjour \_\_\_\_\_
- Accès à l'établissement

Très satisfaisant     Assez satisfaisant  
 Satisfaisant         Pas satisfaisant



## 2. L'ACCUEIL ET L'ATTITUDE DU PERSONNEL A VOTRE EGARD

### • A l'accueil / standard

Attentionné             Aimable  
 Peu aimable             Indifférent

### • Lors de l'accueil administratif

Attentionné             Aimable  
 Peu aimable             Indifférent

### • Lors de l'accueil dans les services

Attentionné             Aimable  
 Peu aimable             Indifférent



### 3. LES EQUIPES SOIGNANTES

- **La présentation des personnels assurant votre prise en charge**

Très satisfait(e)       Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)       Pas satisfait(e)



- **La disponibilité des équipes et l'écoute apportée à vos problèmes**

Très satisfait(e)       Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)       Pas satisfait(e)

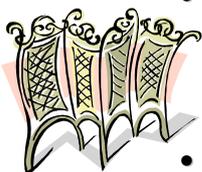


- **Le respect de votre intimité lors des soins**

Très satisfait(e)       Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)       Pas satisfait(e)

- **Le respect des règles de confidentialité**

Très satisfait(e)       Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)       Pas satisfait(e)



### 4. L'INFORMATION MEDICALE

**Pensez-vous avoir obtenu les informations que vous souhaitiez concernant :**

- *Votre maladie*       oui       partiellement       non
- *Votre état de santé*       oui       partiellement       non
- *Les raisons et les modalités des traitements prescrits*       oui       partiellement       non
- *Les soins qui vous ont été donnés*       oui       partiellement       non
- *Les formalités de sortie*       oui       partiellement       non
- *Les traitements et/ou les précautions à suivre après votre sortie*       oui       partiellement       non



**Avez-vous pu vous entretenir avec le médecin du service chaque fois que vous l'avez souhaité ?**       oui       non

### 5. PRISE EN CHARGE EN KINESITHERAPIE

**Avez-vous été satisfait de la rééducation ?**

- **Séances de rééducation et bilan**

- *Durée*       oui       non
- *Fréquence*       oui       non
- *Délai d'attente*       oui       non
- *Ambiance*       oui       non
- *Votre autonomie a-t-elle été améliorée ?*       oui       non



- **Par rapport à la prise en charge de votre rééducation, vous êtes**

Très satisfait(e)       Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)       Pas satisfait(e)



## 6. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous reçu à votre arrivée une information sur la prise en charge de la douleur ?

oui  non

- Avez-vous eu mal pendant votre séjour ?  oui  non
- L'avez-vous signalé ?  oui  non
- Votre douleur a-t-elle été mesurée ?  oui  non
- Le traitement proposé a-t-il été efficace ?  oui  non



Par rapport à la prise en charge de votre douleur, vous êtes :

Très satisfait(e)  Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)  Pas satisfait(e)

## 7. MOYENS DE COMMUNICATION

Avez-vous été satisfait des moyens de communication mis à votre disposition ?



- Téléphone  oui  non
- Télévision  oui  non
- Journal  oui  non
- Courriers  oui  non



## 8. PRESTATIONS HOTELIERES ET CONDITIONS DE SEJOUR

Avez-vous été satisfait des prestations et des conditions de séjour ?

### • Repas

- Qualité  oui  non
- Quantité  oui  non
- Température des plats  oui  non
- Horaires  oui  non
- Conformes au choix effectué  oui  non



### • Hygiène

- Des locaux  oui  non
- De la chambre  oui  non
- Des sanitaires  oui  non
- Du linge  oui  non



### • Confort

- Equipement de la chambre  oui  non
- Température des locaux  oui  non

### • Avez-vous été gêné par le bruit lors de votre séjour ?

- Le jour  oui  non
- La nuit  oui  non

• Avez-vous été gêné par les odeurs lors de votre séjour ?  oui  non

• Qu'avez-vous pensé de l'établissement en ce qui concerne :

- La signalisation pour circuler dans l'établissement

Très satisfait(e)  Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)  Pas satisfait(e)



- o Les services proposés (foyer, distributeurs automatiques, aménagements extérieurs...)

Très satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)

Satisfait(e)  
 Pas satisfait(e)

## 9. POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR

- **Diriez-vous que vous êtes ?**

Très satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)

Satisfait(e)  
 Pas satisfait(e)

- **En cas de nouvelle hospitalisation, reviendriez-vous dans l'établissement ?**

oui       non

## 10. QUELLES SONT VOS SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SEJOURS ?



*Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses à notre volonté d'améliorer la qualité de nos services.*

### Où remettre le questionnaire :

- ◆ Au personnel du service dans lequel vous êtes hospitalisé ou à l'accueil
- ◆ Dans la boîte aux lettres prévue à cet effet et située dans le hall d'entrée de l'établissement
- ◆ Par courrier à l'adresse suivante :  
Centre de SSR Martel de Janville  
300 rue du Manet  
74 130 BONNEVILLE



*Si vous souhaitez recevoir l'évaluation de la satisfaction des usagers de la Fondation des Villages de Santé et d'Hospitalisation en Altitude, indiquez-nous vos coordonnées :*