

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

Martel de Janville

Questionnaire de sortie

AIDEZ-NOUS A VOUS SATISFAIRE



Madame,

Mademoiselle,

Monsieur,

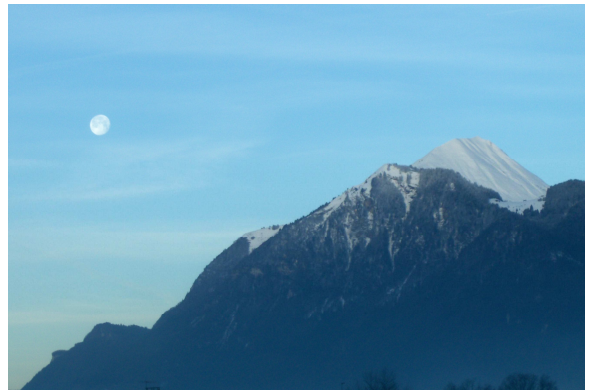
Ce questionnaire confidentiel vous est proposé pour nous permettre de mieux répondre à vos attentes et à vos besoins. Nous vous remercions d'y consacrer quelques minutes pour nous commenter votre séjour en remplissant l'enquête ci-dessous.

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 :

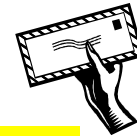
Très satisfait(e)  Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)  Pas satisfait(e)

## 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)       Satisfait(e)  
 Assez satisfait(e)       Pas satisfait(e)

## 9. POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR

- **Diriez-vous que vous êtes ?**

- Très satisfait(e)       Satisfait(e)  
 Assez 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 :