

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

## PRAZ-COUTANT

### 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaisant | <input type="checkbox"/> Assez satisfaisant |
| <input type="checkbox"/> Satisfaisant      | <input type="checkbox"/> Pas satisfaisant   |



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

### • A l'accueil / standard

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Attentionné | <input type="checkbox"/> Aimable     |
| <input type="checkbox"/> Peu aimable | <input type="checkbox"/> Indifférent |

### • Lors de l'accueil administratif

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Attentionné | <input type="checkbox"/> Aimable     |
| <input type="checkbox"/> Peu aimable | <input type="checkbox"/> Indifférent |

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

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Attentionné | <input type="checkbox"/> Aimable     |
| <input type="checkbox"/> Peu aimable | <input type="checkbox"/> Indifférent |



### 3. LES EQUIPES SOIGNANTES

- La présentation des personnels assurant votre prise en charge

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante  
☐ Assez satisfaisante ☐ Pas satisfaisante



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

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante  
☐ Assez satisfaisante ☐ Pas satisfaisante



- Le respect de votre intimité lors des soins

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante  
☐ Assez satisfaisante ☐ Pas satisfaisante

- Le respect des règles de confidentialité

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante  
☐ Assez satisfaisante ☐ Pas satisfaisante



### 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 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)

## 6. MOYENS DE COMMUNICATION

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



- Téléphone ☐ oui ☐ non
- Télévision ☐ oui ☐ non
- Journaux ☐ oui ☐ non
- Courriers ☐ oui ☐ non



## 7. 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

### • Les délais d'attente avant votre séjour vous ont-ils paru :

☐ Inexistants ☐ Raisonables ☐ Longs

### • Les délais d'attente à vos demandes au cours du séjour vous ont-ils paru :

☐ Inexistants ☐ Raisonables ☐ Longs

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

- La signalisation pour circuler dans l'établissement

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante  
☐ Assez satisfaisante ☐ Pas satisfaisante

- Les services proposés (foyer, laverie, boutique...)

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante  
☐ Assez satisfaisante ☐ Pas satisfaisante



○ Les animations proposées

- ☐ Très satisfaisante  
☐ Assez satisfaisante

- ☐ Satisfaisante  
☐ Pas satisfaisante



**8. POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR**

• **Diriez-vous que vous êtes ?**

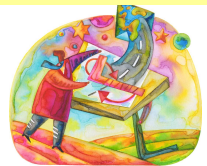
- ☐ Très satisfait(e)  
☐ Assez satisfait(e)

- ☐ Satisfait(e)  
☐ Pas satisfait(e)

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

- ☐ oui      ☐ non

**9. 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 Médical Spécialisé Praz-Coutant  
171, route de Praz-Coutant Plateau d'Assy  
74 190 PASSY

*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 :*