

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

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 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 Raisonnables Longs

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

- Inexistants Raisonnables 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



o Les animations proposées

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaisante | <input type="checkbox"/> Satisfaisante |
| <input type="checkbox"/> Assez satisfaisante | <input type="checkbox"/> Pas satisfaisante |



8. POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR

• **Diriez-vous que vous êtes ?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait(e) | <input type="checkbox"/> Satisfait(e) |
| <input type="checkbox"/> Assez satisfait(e) | <input type="checkbox"/> 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 :
