



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. VOTRE SEJOUR

- Date de votre sortie _____
- Durée de votre séjour _____



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

- Lors de l'accueil par le personnel soignant

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 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)



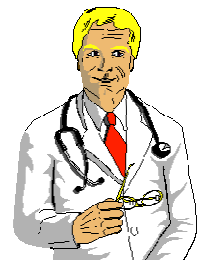
- **Le respect des règles de confidentialité**

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 ?

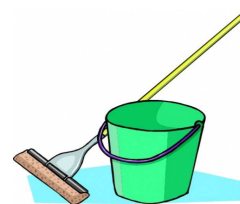
- Téléphone oui non
- Télévision oui non



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

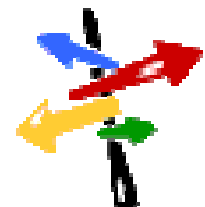


- Avez-vous été gêné par les odeurs lors de votre séjour ? oui non

- 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)

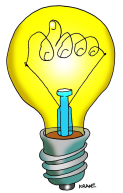
Pas satisfait(e)

- **En cas de nouvelle hospitalisation, reviendriez-vous dans le service ?**

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
- ◆ Par courrier à l'adresse suivante :
Mme LUIS Sandrine
171 route de Praz- Coutant – Plateau d'Assy - 74190 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 :