

VOTRE SEJOUR A L'EAU VIVE

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE VOTRE SATISFACTION EN VUE de VERIFIER ET AMELIORER LA QUALITE DES SEJOURS

Nous insistons vivement sur l'intérêt qu'il y a pour nous que vous remplissiez ce questionnaire destiné à recueillir votre avis, suggestions, observations satisfaction sur votre séjour à l'EAU VIVE. Notre souhait est de pouvoir toujours améliorer nos prestations et répondre au mieux à vos attentes. Vos réponses à ce questionnaire auront d'autant plus de valeur qu'il sera signé, cela nous permettra d'apporter le cas échéant, une réponse personnalisée à vos questions. Toutefois, vous avez la possibilité de conserver l'anonymat si vous le souhaitez.

Merci de remettre ce document à l'accueil à votre sortie, ou de nous le renvoyer dans les jours qui suivent votre sortie

Mettre une X dans la case correspondante

Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant Insatisfaisant

NC Non concerné

1 – Avant votre arrivée

- Etablissement de provenance.....
- Service ou Médecin.....

délai d'attente avant votre admission à L'EAU VIVE..... NC

- informations préalables obtenues sur le Centre
- commentaires.....

2 – L'accueil à votre arrivée...

- amabilité du personnel
- disponibilité du personnel
- clarté des informations reçues
- délai d'attente avant prise en charge par l'équipe
- commentaires.....

3 – Les services de soins

- appréciation des soins et actes infirmiers
- appréciation des soins aides-soignants
- qualité du brancardage : confort - ponctualité
- clarté des informations reçues
- délai de réponse aux sonnettes le jour
- délai de réponse aux sonnettes la nuit
- disponibilité du personnel de jour
- disponibilité du personnel de nuit
- amabilité du personnel de jour
- amabilité du personnel de nuit
- commentaires

4 – Le département de rééducation

- qualité de votre prise en charge en kinésithérapie
- qualité de votre prise en charge en ergothérapie
- qualité de votre prise en charge en balnéothérapie
- qualité de votre prise en charge en orthophonie
- qualité de votre prise en charge en neuro psychologie

- Ⓞ qualité de votre prise en charge en activités handisport
- Ⓞ amabilité du personnel
- Ⓞ disponibilité du personnel
- Ⓞ informations données lors des séances
- Ⓞ commentaires.....
- Ⓞ

5 – Les médecins

- Ⓞ amabilité
- Ⓞ disponibilité
- Ⓞ informations données lors des visites
- Ⓞ informations données lors du séjour
- Ⓞ commentaires
- Ⓞ

6 – Prise en charge de la douleur

- Ⓞ Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ? OUI / NON
- Ⓞ Si vous vous êtes plaint d'avoir mal, estimez-vous que cela a été pris en compte ? OUI/NON
- Ⓞ Estimez-vous que votre douleur a suffisamment été évaluée par les professionnels pendant votre séjour ? O/N
- Ⓞ Etes-vous satisfait du traitement de votre douleur par les médicaments ? O/N
- Ⓞ Etes-vous satisfait du traitement de votre douleur par d'autres moyens que les médicaments? O/N
- Ⓞ commentaires.....
- Ⓞ

7 – Le service hôtelier pendant votre séjour

- Ⓞ amabilité du personnel hôtelier /ASH
- Ⓞ disponibilité du personnel hôtelier/ASH
- Ⓞ propreté de la chambre et du service
- Ⓞ confort de la chambre (hospit complète)
- Ⓞ confort de la salle de repos (hospit de jour)
- Ⓞ qualité de l'équipement
- Ⓞ commentaires
- Ⓞ

8 – La restauration

- Ⓞ variété des menus
- Ⓞ quantité
- Ⓞ qualité
- Ⓞ température des plats
- Ⓞ assistance (si besoin) durant les repas
- Ⓞ présentation des repas
- Ⓞ respect de votre régime
- Ⓞ disponibilité du personnel de restauration
- Ⓞ amabilité du personnel de restauration
- Ⓞ commentaires
- Ⓞ

9 – Le service animation – boutique

- Ⓞ variété des animations
- Ⓞ variété des articles disponibles à la boutique
- Ⓞ horaires
- Ⓞ commentaires.....
- Ⓞ

10 – Organisation – coordination

- Ⓞ Que pensez-vous de l'organisation de votre séjour ?
- Ⓞ Que pensez-vous de la coordination entre les services ?
- Ⓞ commentaires.....

.....

11– Identitovigilance « le bon soin au bon patient »

- Ⓞ Estimez-vous que votre identité a suffisamment été vérifiée tout au long de votre séjour ?
- Ⓞ Les professionnels ont vérifié votre identité, (lors d'un prélèvement, d'une administration de médicament, d'un examen, d'un soin).
⇒ Vous êtes-vous senti pris en charge avec plus de sécurité ?
- Ⓞ commentaires.....

.....

12 – Les informations données à la sortie

- Ⓞ par les médecins
- Ⓞ par la secrétaire médicale
- Ⓞ par l'assistante sociale
- Ⓞ par le service rééducation
- Ⓞ Globalement êtes vous satisfait de l'organisation de votre sortie ?
- Ⓞ commentaires.....

.....

13 – Respect de vos droits

- Ⓞ Votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées durant votre séjour ?
- Ⓞ Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales, et de votre vie privée a-t-il été garanti ?
- Ⓞ Votre liberté d'aller et venir dans l'établissement vous a-t-elle semblée correcte ?
- Ⓞ commentaires.....

.....

14 L'écoute :

Selon vous, lorsque vous en avez exprimé le besoin estimez vous que l'Ecoute des professionnels suivants a été plutôt :

- Ⓞ Direction
- Ⓞ Médecins
- Ⓞ Chefs de services
- Ⓞ personnel soignant (IDE, ASQ, Brancardiers°
- Ⓞ personnel de rééducation (kiné, balnéo, psycho, ergo,.....)
- Ⓞ personnel de restauration
- Ⓞ personnel administratif (accueil, secrétariat)
- Ⓞ personnel d'entretien (ASH, ouvriers d'entretien)
- Ⓞ commentaires.....

.....

15 La disponibilité :

Lorsque vous avez eu besoin d'exprimer un avis, de rencontrer un membre de l'équipe, comment qualifieriez vous la disponibilité des personnels cités ci-dessous :

- Ⓞ Direction
- Ⓞ Médecins
- Ⓞ Chefs de service
- Ⓞ personnel soignant (IDE, ASQ, Brancardiers)
- Ⓞ personnel de rééducation (kiné, balnéo, psycho, ergo.....)
- Ⓞ personnel de restauration
- Ⓞ personnel administratif (accueil, secrétariat)
- Ⓞ personnel d'entretien (ASH, ouvriers d'entretien)

- commentaires.....
-
-

16 – Prise en charge de vos remarques

Si vous avez fait des remarques, estimez-vous que cela a été pris en compte ?

- Par la Direction
- Par les Médecins
- Par les chefs de service

Etes-vous satisfait des réponses qui vous ont été apportées ?

- Par la Direction
- Par les Médecins
- Par les chefs de service
- commentaires.....
-

17 – Questions générales

- les informations du livret d'accueil
- l'hygiène
- l'efficacité des services
- le silence
- commentaires.....
-

18 – Les bâtiments et les extérieurs

- accessibilité
- entretien
- commentaires
-

19 – Pourquoi avez-vous choisi le C.R.R.F. L'EAU VIVE ?

- la proximité avec votre domicile
- la notoriété de l'Etablissement
- par orientation d'un médecin, d'un chirurgien
- autres, précisez.....

20 – Si vous deviez connaître une autre hospitalisation en rééducation fonctionnelle, reviendriez-vous à L'EAU VIVE ?

OUI

NON

- Commentaires.....

21 – Recommanderiez-vous L'EAU VIVE à votre entourage ?

OUI..... NON

- Commentaires.....

22– Si vous avez vécu un « événement indésirable » pendant votre séjour, merci de le décrire ci-après en quelques lignes :

.....

.....

23 – Vos commentaires :

.....

.....

24 – Vous avez été hospitalisé au Centre :

En hospitalisation complète	O/N
En hospitalisation de jour	O/N
Les 2 modes d'hospitalisation	O/N

Ce questionnaire a été rempli par

- Le patient
- Son entourage

Renseignements facultatifs :

Nom et prénom :.....

N° de chambre :.....

Hospitalisation du au