

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION À REMETTRE À L'ACCUEIL À TOUT MOMENT

QUE PENSEZ VOUS DE NOTRE CENTRE DE CONVALESCENCE

Notre plus grand désir est de vous donner satisfaction, En répondant à ce questionnaire, vous pouvez nous aider dans ce sens.

Dites nous simplement et très franchement ce que vous pensez de notre centre. Nous nous sommes efforcés, tous ici d'organiser le travail le mieux possible mais des imperfections peuvent exister. Aidez nous à les corriger.

Nous vous remercions vivement .Notre meilleure récompense est votre satisfaction.

ACCUEIL

Dès votre arrivée, avez vous été bien accueilli ?

OUI NON

Observations

CADRE DE VIE

Avez-vous trouvé au PECH du SOLEIL un cadre de vie :

Très agréable Agréable Peu agréable

Observations

VOTRE CHAMBRE

Est-elle bien organisée OUI NON

Est-elle bien tenue OUI NON

Observations

LES REPAS

Ont-ils été en qualité Bons Passables Mauvais

Ont-ils été en quantité Abondants Suffisants Insuffisants

Observations

LE PERSONNEL SOIGNANT

Son attitude à votre égard a t'elle été dans l'ensemble

Très Aimable Aimable Peu aimable

Très disponible Disponible Peu disponible

Observations

Avez-vous demandé des informations sur votre état de santé ?

OUI NON

Estimez-vous avoir eu les réponses à vos questions ?

OUI NON

LES SOINS

Êtes-vous satisfait des soins dispensés ?

Très satisfait Satisfait Insatisfait

Observations

LA DOULEUR

Avez-vous été suffisamment informé des solutions qui pouvaient être apportées à d'éventuels problèmes de douleurs ?

OUI NON

Avez-vous eu des problèmes de douleurs pendant votre séjour ?

OUI NON

Observations

Avez-vous été écouté par l'équipe soignante ?

OUI NON

Observations

Le Traitement prescrit a-t-il été efficace ?

OUI NON

Observations

Avez-vous constaté la divulgation d'information confidentielle vous concernant ?

OUI NON

Si oui, à quelle occasion ?

Votre intimité a t'elle été respectée ?

OUI NON

Si non, à quelle occasion ?

DANS L'ENSEMBLE ÊTES-VOUS ?

Très satisfait Satisfait

Mécontent Très mécontent

Votre sortie à-t'elle été préparé de manière satisfaisante

OUI NON

AVEZ-VOUS DES COMPLIMENTS OU DES CRITIQUES PARTICULIÈRES À NOUS ADRESSER, DES SUGGESTIONS À NOUS FAIRE.

.....
.....
.....
.....

FACULTATIF

Nom Prénom N° Chambre