

Madame, Monsieur,

Vous avez été reçu(e) à la **Clinique du Pic Saint Loup**. Nous aimerions connaître votre appréciation sur votre séjour afin d'améliorer la qualité de nos prestations. Ce questionnaire est strictement anonyme.

Vous êtes : le patient l'accompagnant

L'ACCUEIL à votre arrivée

- 1. Votre opinion concernant l'accueil :**
- | | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | mécontent |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✓ L'amabilité de nos Hôtesse(s) d'Accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ La disponibilité de nos Hôtesse(s) d'Accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ L'information sur les conditions de votre séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 2. A votre arrivée, avez-vous attendu pour :**
- | | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Remplir les formalités administratives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Vous installer dans votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 3. Avez-vous été bien informé(e) sur les services qui vous sont proposés ?** oui non
- 4. Avez-vous reçu un livret d'accueil ?** oui non
- 5. Ce livret d'accueil a-t-il répondu aux questions que vous vous êtes posées ?**
 oui non je n'ai pas lu le livret

L'HÔTELLERIE ET LA RESTAURATION

- 6. Votre opinion concernant la chambre :**
- | | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | mécontent |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Le confort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ L'équipement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ L'environnement sonore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 7. Est-ce que le personnel :**
- | | oui | non |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Frappe à votre porte avant d'entrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Attend à votre porte avant d'entrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Se présente (nom, prénom, fonction) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 8. Votre opinion concernant les repas :**
- | | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | mécontent |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Le Goût | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La variété | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La quantité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 9. Avez-vous eu une prescription médicale de régime alimentaire ?**
 oui non non-concerné
- ✓ Si oui, ce régime a-t-il été respecté ?
 oui non
- 10. Vos aversions alimentaires ont-elles été recueillies ?**
 oui non non-concerné
- ✓ Si oui, ces aversions ont-elles été respectées ?
 oui non

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

- 11. Avez-vous le sentiment d'être écouté par les soignants ?**
 oui non pourquoi ?
- 12. Votre opinion concernant les soins :**
- | | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | mécontent |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Le respect de votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ La politesse et de l'amabilité du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ La discrétion du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	mécontent
✓ La disponibilité des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La disponibilité des Infirmiers/aides-soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La disponibilité des rééducateurs (kinés,APA...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La clarté de l'information sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ L'information sur le déroulement des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Les soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Les soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Les soins de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Les horaires des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Le délai de réponse aux sonnettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. La nuit, si vous avez eu personnellement des problèmes (malaise, angoisse ...), êtes-vous satisfait(e) de la façon dont les soignants vous ont rassuré ? oui non pourquoi ?

LES ACTIVITÉS thérapeutiques

14. Avez-vous reçu une information sur les différentes activités thérapeutiques proposées par la clinique ? oui non

15. Votre participation aux activités thérapeutiques vous procure-t-elle un bénéfice en termes de bien-être ? oui non pourquoi

L'ORGANISATION DU SÉJOUR

16. Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous ?
 beaucoup mieux mieux pareil (ni mieux, ni moins bien)
 moins bien beaucoup plus mal

17. Quelle est votre opinion sur votre séjour à la clinique ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	mécontent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Recommanderiez-vous cette clinique à un de vos proches ? oui non

19. Votre opinion concernant les transports (internes / externes) :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	mécontent
✓ Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Le respect de votre dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Le respect de votre confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Le respect de votre confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La politesse et de l'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Les délais d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos observations concernant les transports :

L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

20. Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée, concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	mécontent
✓ L'annonce de la date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ La destination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Les explications fournies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Le contact avec vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Faites-nous part de vos observations :