

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

- ④ qualité de votre prise en charge en activités handisport
- ④ amabilité du personnel
- ④ disponibilité du personnel
- ④ informations données lors des séances
- ④ commentaires.....
- ④

5 – Les médecins

- ④ amabilité
- ④ disponibilité
- ④ informations données lors des visites
- ④ informations données lors du séjour
- ④ commentaires
-

6 – Prise en charge de la douleur

- ④ Vous a-t-on demandé si vous aviez mal ? OUI / NON
- ④ Si vous vous êtes plaint d'avoir mal, estimez-vous que cela a été pris en compte ? OUI/NON
- ④ Estimez-vous que votre douleur a suffisamment été évaluée par les professionnels pendant votre séjour ?O/N
- ④ Etes-vous satisfait du traitement de votre douleur par les médicaments ? O/N
- ④ Etes-vous satisfait du traitement de votre douleur par d'autres moyens que les médicaments? O/N
- ④ commentaires.....
-

7 – Le service hôtelier pendant votre séjour

- ④ amabilité du personnel hôtelier /ASH
- ④ disponibilité du personnel hôtelier/ASH
- ④ propreté de la chambre et du service
- ④ confort de la chambre (hospit complète)
- ④ confort de la salle de repos (hospit de jour)
- ④ qualité de l'équipement
- ④ commentaires
-

8 – La restauration

- ④ variété des menus
- ④ quantité
- ④ qualité
- ④ température des plats
- ④ assistance (si besoin) durant les repas
- ④ présentation des repas
- ④ respect de votre régime
- ④ disponibilité du personnel de restauration
- ④ amabilité du personnel de restauration
- ④ commentaires
-

9 – Le service animation – boutique

- ④ variété des animations
- ④ variété des articles disponibles à la boutique
- ④ horaires
- ④ 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 qualifiez 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 ?

NON

OUI

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