



## ENQUÊTE DE SATISFACTION

### HOSPITALISATION COMPLÈTE

Numéro de chambre : .....

**Votre avis est précieux !** Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

1 LE SERVICE D'ACCUEIL	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>				
› Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>				
› Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>				
› Informations et explications transmises par la réception lors de votre admission	<input type="checkbox"/>				
› Rapidité de prise en charge par le service de soins	<input type="checkbox"/>				
› Qualité de l'accueil de votre famille ou entourage	<input type="checkbox"/>				
› Contenu du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>				

**REMARQUES** .....

.....

.....

2 LES SOINS INFIRMIERS	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>				
› Appréciation des soins et actes infirmiers	<input type="checkbox"/>				
› Attention humaine et disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>				
› Soins contre la douleur	<input type="checkbox"/>				
› Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
› Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées par les médecins	<input type="checkbox"/>				
› Informations sur les soins à pratiquer de retour à votre domicile	<input type="checkbox"/>				
› Informations transmises à votre famille	<input type="checkbox"/>				

**REMARQUES** .....

.....

.....

3 LES SOINS KINÉ	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Déroulement des séances de rééducation	<input type="checkbox"/>				
› Informations transmises par le kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>				
› Informations transmises par le médecin rééducateur	<input type="checkbox"/>				

**REMARQUES** .....

.....

.....

4 LE SERVICE HÔTELIER	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Aspect et confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>				
› Calme	<input type="checkbox"/>				
› Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				
› Propreté des sanitaires	<input type="checkbox"/>				
› Qualité des prestations télévision, téléphone	<input type="checkbox"/>				
<b>REMARQUES</b> .....					
.....					

5 LA RESTAURATION	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
<b>Avez-vous eu des repas normaux?</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
› Qualité gustative des repas	<input type="checkbox"/>				
› Présentation des plats	<input type="checkbox"/>				
› Variété des plats	<input type="checkbox"/>				
› Aide apportée par le personnel durant les repas	<input type="checkbox"/>				
› Fiabilité dans l'obtention des commandes	<input type="checkbox"/>				
› Prise en charge diététique uniquement dans le cadre d'un régime instauré par l'établissement	<input type="checkbox"/>				
<b>REMARQUES</b> .....					
.....					

5 LA SORTIE	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>				
› Informations données sur le traitement à suivre (consignes et médicaments)	<input type="checkbox"/>				
<b>REMARQUES</b> .....					
.....					

OPTIONS - RECOMMANDATIONS	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
Globalement vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REMARQUES OU SUGGESTIONS :</b> .....					
.....					
<b>Recommanderiez-vous le Centre de Convalescence :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
<b>Si non pourquoi :</b> .....					
.....					

**Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez vous pouvez nous laisser vos coordonnées :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....