

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SSR

Patient

Votre avis nous intéresse.

Vous pouvez déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres identifiée disponible en salle à manger ou le renvoyer au Médipôle de Savoie (300 Avenue des Massettes 73190 Challes les Eaux).

Séjour du.....au.....

Comment évaluez-vous ?

0 = Insatisfait 1 = Peu satisfait 2 = Satisfait 3 = Très satisfait 4 = Excellent

ACCUEIL :

0 1 2 3 4

Etes-vous satisfait de la qualité de l'accueil au moment de votre arrivée ?

INFORMATION ET DROITS DU PATIENT :

Etes-vous satisfait :

- De la clarté des informations apportées par la secrétaire ?
- De la clarté des informations qui vous ont été données tout au long de votre séjour ?
- Du respect de votre intimité ?
- Du respect de la confidentialité des informations ?
- De la pertinence des informations dans le livret d'accueil du service ?

LOCAUX ET RESTAURATION :

Etes-vous satisfait :

- **Le confort :**
 - De votre chambre ?
 - De l'ambiance sonore pendant la journée ?
 - De l'ambiance sonore pendant la nuit ?
- **La propreté :**
 - De votre chambre ?
 - Des autres lieux communs et plateaux techniques ?
- **La restauration :**
 - De la qualité des repas ?
 - Du respect de votre régime ?
 - De la qualité du service ?



0 = Insatisfait 1 = Peu satisfait 2 = Satisfait 3 = Très satisfait 4 = Excellent

VOTRE PRISE EN CHARGE PAR L'ÉQUIPE :

0 1 2 3 4

Etes-vous satisfait des réponses apportées sur vos soins et traitements par :

- L'équipe médicale ?
- L'équipe de rééducation : kinés, ergothérapeute ?
- L'équipe soignante de jour ?
- L'équipe soignante de nuit ?
- L'équipe des agents de service hôteliers ?

Etes-vous satisfait :

- De la qualité d'écoute et des informations données par les paramédicaux (assistante sociale, diététicienne, psychologue) ?
- De la prise en charge de votre douleur ?

ORGANISATION DE VOTRE SORTIE :

Etes-vous satisfait :

- Des informations données sur les consignes à suivre après votre sortie (traitements, soins à domicile, examens à faire..) ?
- De la préparation et de l'organisation de votre retour à domicile ?
- De l'organisation proposée, si vos soins se poursuivent en hôpital de jour ?

ÉVALUATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR : (Note / 10) = / 10

0 = Non 1 = Peut-être 2 = Probablement 3 = Certainement

Globalement, recommanderiez-vous notre service ?

0 1 2 3

Pour une autre hospitalisation, reviendriez-vous ?

COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.

Une boîte aux lettres identifiée est disponible en salle à manger pour déposer votre questionnaire.

Nom (Facultatif) :

Prénom.....

Age : de 1 à 29 ans de 30 à 59 ans + de 60 ans

Adresse et / ou mail :