

18. Votre avis nous intéresse ; il nous permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, souhaitez-vous faire des commentaires ?

Le Centre Paul Cézanne vous remercie pour votre participation.



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

**Vous avez été accueilli(e) – ou l’un des vôtres
À l’Hôpital de jour du Centre Paul Cézanne**

Pour nous permettre d’améliorer encore la qualité de nos prestations, nous vous remercions de remplir ce questionnaire.

Il suffit de cocher la case correspondante le mieux à votre réponse.

1. TYPE DE PRISE EN CHARGE

Locomoteur Pneumologique Neurologique

ACCUEIL ADMINISTRATIF	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYEN-NEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
2. Comment évaluez-vous l'accueil dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous a-t-on pris en charge rapidement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA REEDUCATION	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYEN-NEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
4. Comment évaluez-vous la qualité des soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Comment évaluez-vous la disponibilité des professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Comment évaluez-vous le respect des procédures d'hygiène ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comment évaluez-vous la fréquence des séances de rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Comment évaluez-vous la diversité de votre programme de rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous a-t-on demandé votre consentement concernant votre projet personnalisé de soin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pensez-vous avoir reçu les informations nécessaires durant votre séjour (informations, médicales et para médicales) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Si non, qu'est-ce qui vous a manqué ?

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYEN-NEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
12. Le personnel a-t-il régulièrement évalué votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NON APPLICABLE	NON REPERTORIÉ
13. Avez-vous eu mal pendant la rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Si OUI, vous a-t-on calmé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

15. Si NON, précisez pourquoi :

LA RESTAURATION	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYEN-NEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
16. Comment évaluez-vous la qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE TRANSPORT	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYEN-NEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
17. Comment évaluez-vous la qualité du transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>