

Questionnaire de satisfaction Internat

Notre souhait : l'amélioration constante de la qualité de nos services. Vous pouvez y contribuer en nous faisant connaître l'impression que vous laissez votre séjour dans notre établissement.

Veillez cocher votre niveau de satisfaction **En vous remerciant d'avance.**

A. Globalement, êtes-vous satisfait de votre séjour ?

☹️ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊

B. Vous a-t-on remis le livret d'accueil ? oui non

C. Quel est votre degré de satisfaction sur les points suivants ?

Veillez cocher précisément la case correspondant à votre niveau de satisfaction

	😊 Très satisfaisant	🙂 Plutôt satisfaisant	😐 Peu satisfaisant	☹️ Pas du tout satisfaisant
1.L'accueil au centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.La prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.La prise en charge infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.La prise en charge de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Le soulagement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.La prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.La facilité pour rencontrer le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.L'information sur votre prise en charge (traitement, état de santé...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Le confort de la chambre (lit, fauteuil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.L'hygiène et la propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Le calme de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Le service télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.L'équipement des locaux de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.L'hygiène des locaux de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.La présentation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Le respect des droits du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Le respect de l'intimité, de la dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.La façon dont votre sortie a été organisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Renseignements vous concernant :

Dans quel étage avez-vous été hospitalisé ? 1^{er} étage 2^{ème} étage

Pour quel type de rééducation ? Cardiologique Neurologique Psychothérapique Traumatologique

Nombre de jours d'hospitalisation : 1 à 15 15 à 30 30 à 45 45 et +

Votre date de sortie : ____ / ____ / ____ Age : 18 à 40 40 à 60 60 à 80 80 et +

Remarques et propositions :

.....

.....

.....

.....

Votre nom (facultatif) :

A déposer dans une des boites prévues à cet effet (RDJ, RDC, 1^{er} étage, 2^{ème} étage)