

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION EN SORTIE DU SSR

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire, votre avis nous aide à progresser

### L'ACCUEIL vous semble :

Excellent       Bon       Passable       Mauvais

### LES CONDITIONS DE SEJOUR:

#### 1/ Les SOINS

	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
- Avez-vous été satisfait des soins dispensés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les soins prodigués respectaient-ils votre intimité et votre dignité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les soins prodigués respectaient-ils votre confort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Oui</b>	<b>Non</b>
- Votre consentement aux soins a – t –il été recherché ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous pu dialoguer facilement avec le médecin ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous pu dialoguer facilement avec le personnel infirmier et soignant ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'équipe de soin vous a-t-elle demandé si vous aviez mal ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si vous aviez des douleurs, ont-elles été prises en charge ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2/ Le personnel du service de soins a-t-il été ?

Le personnel infirmier et soignant de jour :	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
Attentionné et doux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel infirmier et soignant de nuit :	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
Attentionné et doux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3/ Votre chambre et éléments de la chambre : avez-vous été satisfait(e)**

	Oui	Non
Du confort (literie, équipements de la chambre...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4/ Vos repas : avez-vous été satisfait(e)**

	Très satisfait	Satisfait	Moyennement satisfait	Insatisfait
Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DROITS ET INFORMATION DU PATIENT**

**Pendant votre séjour, avez-vous reçu des explications à propos de vos traitements (médicaux et soins) et de votre état de santé ?**

- Oui toujours       Oui la plupart du temps       Non rarement       Non jamais

**Les informations étaient-elles claires et compréhensibles ?**

- Oui toujours       Oui la plupart du temps       Non rarement       Non jamais

**Le livret d'accueil que nous vous avons remis, vous a-t-il paru ?**

- |         | Oui                      | Non                      |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| Complet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clair   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**APPRECIATION D'ENSEMBLE SUR VOTRE SEJOUR**

**Votre entourage est –il globalement satisfait de votre prise en charge ?**

- Votre entourage est      très satisfait      satisfait      mécontent      très mécontent
- 

**Globalement, qu'elle est votre appréciation de votre séjour ?**

- Vous êtes      très satisfait      satisfait      mécontent      très mécontent
- 

**Vous pouvez indiquer votre nom si vous le souhaitez (facultatif) : .....**

**Date de votre sortie : .....**