

Nom / Prénom :

.....

Date du jour :

.....

Numéro de chambre :

.....

Age :

.....



Centre de soins médicaux et de réadaptation LE PECH DU SOLEIL

Dans le cadre d'une recherche permanente d'amélioration de la qualité de notre service, nous souhaitons connaître vos perceptions, votre avis et vos commentaires éventuels sur notre établissement. Nous vous remercions vivement.

VOTRE ARRIVÉE

Comment s'est déroulé votre accueil ?

Avez-vous reçu les informations que vous attendiez concernant votre prise en charge ?



Estimez-vous avoir été pris en charge dans un délai raisonnable à votre arrivée ?



Trouvez-vous le cadre de vie agréable ?



OBSERVATIONS :

VOTRE CHAMBRE

Était-elle bien équipée ?



Était-elle bien tenue et propre ?



Avons-nous préservé votre intimité ?



Durant votre séjour, avez-vous toujours eu le sentiment que les informations relatives à votre prise en charge sont restées confidentielles ?



OBSERVATIONS :

RESTAURATION

Très satisfait



Satisfait



Insatisfait



Non concerné



Les repas ont-ils été de qualité ?

Les repas ont-ils été en quantité suffisante ?

La température des plats vous a-t-elle paru correcte ?

OBSERVATIONS :

EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE

Très satisfait Satisfait Insatisfait Non concerné



Les personnels ont-ils été aimables à votre égard ?

Les personnels ont-ils été disponibles ?

Le médecin a-t-il été disponible ?

Vous ont-ils donné toutes les informations nécessaires ?

Le temps d'attente aux sonnettes vous a-t-il paru correct ?

Le personnel de rééducation a-t-il su répondre à vos besoins ?

En cas de douleur, avez-vous été informé (e) des solutions pour vous soulager ?

L'équipe a pris en charge votre douleur ?

Le traitement prescrit a-t-il été efficace sur votre douleur ?

Votre sortie a-t-elle été préparée de manière satisfaisante ?

OBSERVATIONS :

Dans l'ensemble êtes-vous satisfait?

Très satisfait



Satisfait



Mécontent



Très mécontent



COMMENTAIRES :

