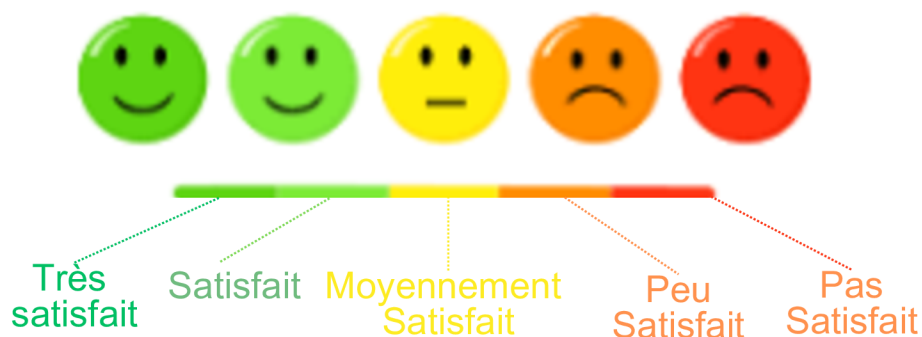


ENQUÊTE DE SATISFACTION

Madame, Monsieur,

Vos appréciations sur l'ensemble de votre séjour sont essentielles pour améliorer la qualité du service que nous offrons aux patients.

Nous vous invitons à remplir ce questionnaire en cochant votre choix pour chaque question. Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'une des questions merci de ne pas y répondre.



Vous retrouvez également à la fin de ce questionnaire un espace “remarques et suggestions” qui vous permettra d’apporter des précisions sur votre séjour.



Vous êtes : ☐ Un patient

☐ Un accompagnant

Vous êtes : ☐ Un homme

☐ Une femme

Est -ce votre premier **séjour au sein du SMR**
du Groupement Hospitalier Vallée Quercy

☐ Oui

☐ Non

VOTRE ACCUEIL

Êtes vous satisfait :



• De l'accessibilité de l'établissement ?

☐☐☐☐☐

• Du fléchage et de la signalétique ?

☐☐☐☐☐

Que pensez-vous de l'accueil :

• par le personnel administratif ?

☐☐☐☐☐

• dans le service de soins ?

☐☐☐☐☐

Que pensez-vous des **informations données en**
amont de votre séjour ?

☐☐☐☐☐

Que pensez-vous de la clarté des informations
disponibles dans le **livret d'accueil** ?

☐☐☐☐☐

VOTRE PRISE EN CHARGE

Durant votre séjour, avez-vous obtenu
spontanément des **informations claires** et
suffisantes, concernant :

• Votre état de santé ?

☐ Oui ☐ Non

• Le déroulement des soins ?

☐ Oui ☐ Non

Le personnel a-t-il répondu à vos questions ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, est ce que les réponses apportées sont
claires et suffisantes ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une **écoute attentive** des
professionnels du service de soins ?

☐ Oui ☐ Non

Estimez-vous que votre **intimité et dignité** sont
respectées durant votre séjour ?

☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous que la **confidentialité** de vos
informations est respectée ?

☐ Oui ☐ Non



Comment jugez-vous la **prise en charge de la**
douleur ?

☐☐☐☐☐

Si vous avez eu de la **rééducation**, quel est votre
niveau de satisfaction ?

☐☐☐☐☐

Globalement, êtes-vous satisfait de la **prise en**
charge médicale et soignante ?

☐☐☐☐☐

CHAMBRE ET REPAS



Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

- La propreté de la chambre ?
- Le calme de la chambre ?
- L'adaptation des locaux à votre état de santé ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Comment évaluez-vous votre niveau de satisfaction concernant :

- L'installation, aide et accompagnement au repas ?
- L'horaire et la durée du repas ?
- La qualité gustative du repas
- La diversité des repas ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Durant votre séjour, a-t-on tenu compte de vos **allergies alimentaires, de vos régimes particuliers et des aliments** que vous n'aimez pas ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Globalement, êtes vous satisfait(e) des **prestations hôtelières** ?

☐	Oui	☐	Non
--------------------------	-----	--------------------------	-----

SORTIE



Que pensez-vous des informations données en **préparation de votre sortie** sur :

- Le(s) traitement(s) à domicile ?
- Les documents que vous avez reçus (les ordonnances de sortie, la lettre de liaison, les conseils pour la santé, etc.) ?
- La reprise de vos activités (travail, activités quotidiennes et activités sportives) ?

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

SATISFACTION GENERALE

Globalement, **êtes vous satisfait(e) de votre séjour** au sein du SMR du Groupement Hospitalier Vallée Quercy ?



☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------





Vos remarques et suggestions

Ce que vous **avez particulièrement apprécié** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ce que vous **souhaitez voir s'améliorer** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**Merci de remettre ce questionnaire
avant de quitter l'établissement.**

Vous avez également la possibilité de
nous le transmettre à l'adresse
suivante :
**355 Rue des Fossés, 82800
Nègrepelisse**