





QUALITE DU SEJOUR	Très satisfaisant 	Satisfaisant 	Peu satisfaisant 	Pas du tout satisfaisant 
LA RESTAURATION				
Qualité de la prise en charge diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre repas				
La présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La variété des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE				
Avez-vous le sentiment que vos droits ont été respectés ? (libre choix de l'établissement, accessible aux handicapés, respect de la personne, de l'intimité, de la dignité, confidentialité de l'information)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPRECIATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommanderiez-vous la clinique à vos proches ? : OUI NON

VOS OBSERVATIONS ET VOS SUGGESTIONS :

Renseignements facultatifs :

DATE :

Nom et Prénom :

Médecin : Dr

N° de chambre :

Merci de remettre ce questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.

Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser un courrier aux représentants des usagers, membres de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC) de l'établissement (à remettre dans cette même boîte).

Clinique de **Montberon**



Donnez-nous votre **avis** !

Questionnaire de satisfaction

Merci d'accorder un peu de votre temps pour remplir ce questionnaire afin de nous aider à améliorer la qualité des prestations et soins délivrés.

QUALITE DU SEJOUR

Très satisfaisant



Satisfaisant



Peu satisfaisant



Pas du tout satisfaisant

**SECRETARIAT ADMINISTRATIF**

Délai d'attente lors de votre arrivée

Amabilité du personnel

Qualité et confidentialité des informations

Le livret d'accueil

SECRETARIAT MEDICAL

Amabilité du personnel

Qualité des informations

EQUIPE SOIGNANTE JOUR

Qualité de l'information

Amabilité du personnel

Disponibilité

EQUIPE SOIGNANTE NUIT

Qualité de l'information

Amabilité du personnel

Disponibilité

EQUIPE MEDICALE***Médecins généralistes***

Qualité de l'information médicale

Qualité de l'information médicamenteuse

Disponibilité





Médecins psychiatres

Qualité de l'information médicale

Qualité de l'information médicamenteuse

Disponibilité

Qualité de la prise en charge de la psychologue**Qualité de la prise en charge en kinésithérapie****Qualité de la prise en charge du service social (assistant social)**

QUALITE DU SEJOUR	Très satisfaisant 	Satisfaisant 	Peu satisfaisant 	Pas du tout satisfaisant 
ACTIVITES THERAPEUTIQUES				
Qualité de la prise en charge en ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge en musicothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge en psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge à l'atelier serre jardin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR				
<i>Si vous avez signalé une douleur :</i>				
Qualité de la prise en charge de la douleur (évaluation, réévaluation, traitement antidouleur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREPARATION A LA SORTIE				
Information sur l'organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur le traitement de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORT				
<i>Si vous avez eu recours aux ambulances et/ou VSL partenaire de l'établissement :</i>				
Qualité de la prise en charge du transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQUIPE HOTELIERE				
Amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOTRE CHAMBRE				
Le linge (draps, couvertures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement/le confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'hygiène/ la propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>