

APPRECIATIONS SUR VOTRE SEJOUR



Vous vous apprêtez à quitter les Capucins à l'issue d'un séjour que nous nous sommes efforcés de rendre le plus agréable possible.

Les informations que vous voudrez bien nous donner nous permettront d'améliorer encore le service rendu.

Vous pourrez remettre ce questionnaire, à l'aide de l'enveloppe jointe, au cadre infirmier de votre service ou au bureau des admissions situé au rez-de-chaussée. Vous pourrez également, si vous le souhaitez, nous l'adresser par voie postale.

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Service d'hospitalisation : Docteur

Chambre n° : ou Hôpital Jour

Nom et prénom (facultatif) :

cochez si concerné

L'ACCUEIL

Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli(e) ont été :



	Excellentes	Bonnes	Passables	Mauvaises
• lors des formalités administratives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dans votre service d'hospitalisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les informations apportées par le livret d'accueil vous ont paru :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Observations :

LES SOINS

Au cours de votre séjour, votre prise en charge vous a semblé :



	Excellente	Bonne	Passable	Mauvaise
• par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• par les rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations :

La prise en charge de votre douleur vous a semblé :	Excellente	Bonne	Passable	Mauvaise
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS - RELATIONS

Les informations données ont été :

	Excellentes	Bonnes	Passables	Mauvaises
• par l'équipe médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• par les rééducateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• par les secrétaires médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• par le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Observations :



Vos relations et celles de votre famille avec le personnel vous ont paru :

Excellentes Bonnes Passables Mauvaises

Observations :

CONDITIONS MATERIELLES



Selon les critères énumérés ci-dessous, quels jugements portez-vous sur les conditions de votre séjour ?

- | | Excellentes | Bonnes | Passables | Mauvaises |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • le respect de votre personne et de vos biens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • l'environnement (parc, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • les horaires (hormis horaires des repas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • votre chambre et le matériel mis à votre disposition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • la propreté des locaux et du matériel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • l'orientation dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous été incommodé(e) par le bruit ? OUI NON

Observations :

LA RESTAURATION



Les repas confectionnés dans l'établissement ont-ils répondu à votre attente :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| • en qualité de goût | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • en qualité de service | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • en quantité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • en température | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • en variété de menus | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • à des horaires adaptés : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| • en cas de besoins alimentaires particuliers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non concerné |

Observations :

INFORMATIONS



Avez-vous connaissance de la nature et du montant des dépenses engagées par l'établissement, pour répondre à ses missions de soins et d'hébergement (personnel, soins, alimentation, etc) ?

Totalement En grande partie Partiellement Pas du tout

Souhaiteriez-vous avoir des informations plus précises sur ce thème ? oui non

APPRECIATION DE L'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR

Au moment de quitter le Centre, votre appréciation d'ensemble sur votre séjour est :

Excellente Bonne Passable Mauvaise

Observations :

.....
.....