

Opinion Générale	
54. Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, lieu de vie, repas, organisation de la sortie) ?	
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis	
55. Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis 1 signifie « certainement pas » et 5 signifie certainement	
56. Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ?	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis 1 signifie « certainement pas » et 5 signifie certainement	
Pour Finir, Informations Vous Concernant	
57. Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis 1 signifie « beaucoup plus mal » et 5 signifie « beaucoup mieux »	
58. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis 1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait	
Pour En Savoir Plus	
59. Qu'avez-vous retenu de positif sur votre séjour ?	
60. Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre séjour ?	
Votre adresse mail : Nom : Prénom : Votre date de sortie : / /	

QUE PENSEZ-VOUS DU SERVICE DE

MÉDECINE

 DU

CENTRE HOSPITALIER

 LIMOUX-QUILLAN



Ce questionnaire vous est proposé afin d'améliorer la qualité des prestations de votre centre hospitalier.

Après y avoir répondu, je vous remercie de le remettre à l'équipe soignante ou dans l'urne réservée à cet effet ou de l'envoyer par courrier.

Chaque question vous offre différentes réponses. Cochez la réponse qui correspond à votre avis. Une case est prévue pour recueillir vos commentaires et suggestions.

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu consacrer à remplir ce questionnaire.

Le directeur

Médecine Limoux ☐

Médecine Quillan ☐

Centre Hospitalier
Limoux-Quillan
17 rue Madeleine Brès
11300 LIMOUX

Vous avez été hospitalisé(e) pendant au minimum deux nuits dans notre service de médecine
☐ Oui ☐ Non
Généralités
Ce questionnaire est rempli par :
☐ Le patient ☐ Le patient avec l'aide d'un proche ou d'un représentant légal Si vous n'êtes pas la personne hospitalisée, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même
Aviez-vous déjà été hospitalisé dans notre établissement ?
☐ Non, jamais ☐ Oui, il y a longtemps ☐ Oui récemment ☐ Je ne me souviens plus Attention les questions suivantes portent sur votre dernier séjour dans cet établissement
Comment avez-vous été orienté(e) dans cet établissement ?
☐ Par un service d'urgence ☐ Par un médecin (généraliste/spécialiste) ☐ Par un proche (membre de la famille, ami) ☐ Par un autre établissement ☐ Autre
Votre Accueil
1.Que pensez-vous de l'accessibilité de l'établissement de santé (transport, parking, signalétique) ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
2.Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission (bureau des entrées)
☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
3.Que pensez-vous de l'accueil dans le service de soins ?
☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
4.Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation, ...) des personnes travaillant dans le service de soins (médecins, infirmier(es), aides-soignant(es) ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
5.Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me souviens plus

L'Organisation de votre Sortie
44.Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination à la sortie, ...) ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
45.Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?
☐ Je n'avais pas de médicament à prendre après ma sortie ☐ Non, aucune information ne m'a été donnée ☐ Oui
46.Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
47.Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (travail, sport, activités habituelles) ?
☐ Oui ☐ Non
48.Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de vos activités après votre sortie ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
49.Avez-vous reçu des informations sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?
☐ Oui ☐ Non
50.Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
51.Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes) ?
☐ Oui ☐ Non
52.Que pensez-vous des informations sur votre suivi après votre sortie ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
53.Globalement,quelle est votre appréciation de l'organisation de votre sortie ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

Chambre et Repas
34.Vous étiez dans une chambre
☐ Simple ☐ Double
35.Que pensez-vous du confort de votre chambre ?
☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
36.Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
37.Que pensez-vous de la température de votre chambre ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
38.Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ?
☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
39.Avez-vous pris un repas pendant votre hospitalisation ?
☐ Oui ☐ Non
40.Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
41.Que pensez-vous de la variété des plats ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
42.Globalement, quelle est votre appréciation de vos repas lors de votre prise en charge ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
43.Globalement, quelle est votre appréciation de votre chambre lors de votre prise en charge ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

6.Que pensez-vous de la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
7.Avez-vous été informé de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement ?
☐ Oui ☐ Non
8.Que pensez-vous des horaires de visites ?
☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
9.Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans l'établissement ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
Votre Prise En Charge
10.Avez-vous reçu spontanément (sans avoir à le demander) des explications sur votre état de santé ?
☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
11.Les médecins, l'équipe soignante, (infirmier(e), aide-soignant(e) ont-ils répondu à vos questions ?
☐ Je n'ai pas eu de questions à poser ☐ Non, je n'ai pas eu de réponse à mes questions ☐ Oui
12.Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins, de l'équipe soignante du service ?
☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
13.Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?
☐ Oui ☐ Non
14.Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?
☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
15.Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins ?
☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

16.Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des infirmier(es) ou des aides- soignant(es) ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
17.Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de votre hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non
18.Que pensez-vous du soutien des médecins qui vous ont pris en charge ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
19.Que pensez-vous du soutien des infirmier(es) ou des aides-soignant(es) qui vous ont pris en charge ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
20.Avez-vous eu besoin d'aide pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer, ...) ? ☐ Oui ☐ Non
21.Que pensez-vous de l'aide reçue pour les activités courantes ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
22.Avez-vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de votre hospitalisation (malaise, perfusion débranchée, fin de perfusion, aller aux toilettes, ...) ☐ Oui ☐ Non
23.Que pensez-vous du délai d'attente pour avoir de l'aide de façon urgente ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
24.Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis
25.Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre séjour ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

26.Les médecins parlaient-ils/elles devant vous comme si vous n'étiez pas là ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
27.Les infirmier(es)/aides-soignant(es) parlaient-ils/elles devant vous comme si vous n'étiez pas là ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
28.Pendant cette hospitalisation avez-vous eu des douleurs ? ☐ Extrêmement intenses ☐ Intenses ☐ Modérées ☐ Faibles ☐ Pas de douleur
29.Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
30.Pendant cette hospitalisation avez-vous eu d'autres inconforts liés à votre maladie (nausées, mauvaise position, vertiges, etc...) ? ☐ Oui ☐ Non
31.Que pensez-vous de la façon dont ces autres inconforts ont été pris en charge ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
32.Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les médecins ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
33.Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les infirmier(e)s / aides-soignant(e)s ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

50. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis	
Opinion Générale	
51. Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, lieu de vie, repas, organisation de la sortie) ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis	
52. Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis <i>1 signifie « certainement pas » et 5 signifie certainement</i>	
53. Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis <i>1 signifie « certainement pas » et 5 signifie certainement</i>	
Pour Finir, Informations Vous Concernant	
54. Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis <i>1 signifie « beaucoup plus mal » et 5 signifie « beaucoup mieux »</i>	
55. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis <i>1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait</i>	
Pour En Savoir Plus	
56. Qu'avez-vous retenu de positif sur votre séjour ? 	
57. Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre séjour ? 	
Votre adresse mail : Prénom : Votre date de sortie :/...../.....	

**QUE PENSEZ-VOUS DU SERVICE DE SOINS
MÉDICAUX
ET DE RÉADAPTATION (SMR) CENTRE HOSPITALIER
LIMOUX-QUILLAN**



Ce questionnaire vous est proposé afin d'améliorer la qualité des prestations de votre centre hospitalier.

Vous pouvez choisir de rester anonyme.

Après y avoir répondu, je vous remercie de le remettre à l'équipe soignante ou dans l'urne réservée à cet effet ou de l'envoyer par courrier.

Chaque question vous offre différentes réponses. Cochez la réponse qui correspond à votre avis. Une case est prévue pour recueillir vos commentaires et suggestions

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu consacrer à remplir ce questionnaire.

Le directeur

SMR Limoux ☐

SMR Quillan ☐

**Centre Hospitalier
Limoux-Quillan**
 17 rue Madeleine Brès
 11300 LIMOUX

Réf : QPR/EVAL/SPR/V2-2025

Généralités
Avez-vous répondu à ce questionnaire seul ? ☐ Oui ☐ Non, avec l'aide d'un proche ou d'un représentant légal Si vous n'êtes pas la personne hospitalisée, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même
Avez-vous choisi notre établissement ? ☐ Oui, j'ai participé au choix de mon établissement ☐ Non, je n'ai pas eu le choix de l'établissement (transfert à la suite d'un autre séjour)
Votre Accueil
1. Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement (explications sur le fonctionnement de l'établissement, présentation des lieux, des espaces, des services) ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
2. Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ? ☐ Oui et je l'ai lu ☐ Oui, mais je ne l'ai pas lu ☐ Non ☐ Je ne me souviens plus
3. Avez-vous été informé de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me souviens plus
4. Que pensez-vous de la façon dont le personnel vous a accueilli dans l'établissement de santé (politesse, écoute, hospitalité, gentillesse) ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
5. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans l'établissement ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

L'Organisation de votre Sortie
41. Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été préparée / anticipée ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
42. Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ? ☐ Je n'avais pas de médicament à prendre après ma sortie ☐ Non, aucune information ne m'a été donnée ☐ Oui
43. Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
44. Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (sport, activités habituelles, courses, etc) ? ☐ Oui ☐ Non
45. Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
46. Avez-vous reçu des informations pour poursuivre vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes-rendus médicaux, séances de kinésithérapie, ...) ? ☐ Oui ☐ Non
47. Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la poursuite de vos soins après votre sortie ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
48. Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale pour préparer votre retour à domicile ? ☐ Oui ☐ Non, mais j'aurais souhaité en voir une ☐ Non, car je n'en ai pas eu besoin
49. Que pensez-vous de l'aide apportée par l'assistante sociale ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

Vos Repas
37. Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
38. Que pensez-vous du respect de vos préférences alimentaires / de votre régime ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
39. Que pensez-vous du rythme des repas (horaires du petit déjeuner, du déjeuner, du dîner) ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
40. Globalement, comment évaluez-vous la qualité de vos repas lors de votre prise en charge ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

Votre Prise En Charge
6. Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation, ...) du personnel du service ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
7. Avez-vous reçu spontanément (sans avoir à le demander) des explications sur votre état de santé ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
8. Les médecins, l'équipe soignante, (infirmier(e), aide-soignant(e) et l'équipe de rééducation du service ont-ils répondu à vos questions ? ☐ Je n'ai pas eu de questions à poser ☐ Non, je n'ai pas eu de réponse à mes questions ☐ Oui
9. Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins, de l'équipe soignante et de l'équipe de rééducation du service ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
10. Durant votre séjour, vous-a-t-on expliqué votre projet de soins et de rééducation ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me souviens plus
11. Que pensez-vous des explications reçues sur votre projet de soins et de rééducation ? ☐ Mauvaises ☐ Faibles ☐ Moyennes ☐ Bonnes ☐ Excellentes
12. Durant votre séjour, avez-vous été informé(e) de votre évolution ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
13. Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ? ☐ Oui ☐ Non
14. Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
15. Durant votre séjour, les professionnels ont-ils pris en compte vos besoins personnels ou votre handicap ou vos difficultés lors de vos soins quotidiens (aide quotidienne, toilette, habillage...) ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis

16.Avez-vous bénéficié d’une écoute attentive des médecins ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
17.Avez-vous bénéficié d’une écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
18.Avez-vous bénéficié d’une écoute attentive de l’équipe de rééducation ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
19.Avez-vous ressenti de l’inquiétude, de l’anxiété au cours de votre hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non
20.Que pensez-vous du soutien psychologique qui vous a été apporté par les professionnels qui vous ont pris en charge ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
21.Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre séjour ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
22.Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre séjour ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
23.Pendant cette hospitalisation avez-vous eu des douleurs (aiguës ou chroniques) ? ☐ Extrêmement intenses ☐ Intenses ☐ Modérées ☐ Faibles ☐ Pas de douleur
24.Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
25.Durant votre séjour, pensez-vous que les médecins, l’équipe soignante et l’équipe de rééducation travaillaient bien ensemble (de façon coordonnée) ? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
26.Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge dans l’établissement ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis

Votre Lieu De Vie
27.Vous étiez dans une chambre simple ? ☐ Oui ☐ Non
28.Que pensez-vous des horaires de visite ? ☐ Mauvais ☐ Faibles ☐ Moyens ☐ Bons ☐ Excellents ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
29.Avez-vous un accès correct à internet dans votre chambre ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je n’avais pas besoin d’internet
30.Que pensez-vous du confort de votre chambre ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
31.Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
32.Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ? ☐ Mauvais ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Excellent ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
33.Que pensez-vous de l’adaptation des équipements de l’établissement à votre situation (aménagement de la chambre et des sanitaires, visibilité des panneaux d’affichage, ...) ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
34.Avez-vous bénéficié de services (services à la personne, coiffeur, pédicure...) ou d’activités (loisirs, convivialité) lors de votre séjour ? ☐ Oui ☐ Non
35.Que pensez-vous des services (services à la personne, coiffeur, pédicure...) ou des activités (loisirs, convivialité) proposés par l’établissement lors de votre séjour ? ☐ Mauvais ☐ Faibles ☐ Moyens ☐ Bons ☐ Excellents ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis
36.Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre lieu de vie lors de votre prise en charge ? ☐ Mauvaise ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Excellente ☐ Sans avis Si aucune modalité ne correspond, cochez : Sans avis