



## QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Votre séjour à la Clinique se termine et nous espérons que vous avez été satisfait(e) de nos services. Afin de connaître votre opinion sur notre établissement, nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire. Vos réponses feront l'objet d'une analyse en vue d'améliorer la qualité de nos prestations. Vous pouvez déposer ce questionnaire dans l'urne située dans chaque hall.

### Avec nos remerciements, la Direction

Nom - Prénom (facultatif) : ..... Date d'entrée : ..... Date de sortie : .....

Votre séjour dans notre établissement fait-il suite à une hospitalisation :

- au Centre Hospitalier de Montpellier ?  Oui  Non
- à la Clinique Beau Soleil (Montpellier) ?  Oui  Non
- à la Polyclinique St-Jean (Montpellier) ?  Oui  Non
- au Centre Hospitalier de Béziers ?  Oui  Non
- au Centre Hospitalier de Toulouse ?  Oui  Non
- autre : .....  Oui  Non

Quel type de rééducation avez-vous suivi dans notre établissement ?

- Appareillage après amputation  Hospitalisation de jour
- Rééducation des membres supérieurs  Rééducation des membres inférieurs
- Plaies et cicatrisation (rééducation suite à une brûlure, plaies complexes...)  Rééducation « Dos opérés »
- Rhumatologie  Autre

Au sein de quel site avez-vous été pris en charge ?





- Lamalou-les-Bains  St-Clément-de-Rivière

Dans quel pavillon avez-vous été hébergé (non applicable pour les patients en hospitalisation de jour) ?

- Rosiers  Rosiers I  Rosiers II  Ermitage  St-Clément-de-Rivière

### -L'ACCUEIL ADMINISTRATIF-

- Comment avez-vous jugé votre accueil à la réception-bureau des entrées ?
- Avez-vous été bien informé sur les conditions de votre séjour (règlement intérieur, tarifs des chambres...)?
- Comment avez-vous jugé les délais d'attente ?

  **Très satisfait**
  **Plutôt satisfait**
  **Plutôt pas satisfait**
  **Pas du tout satisfait**

- 
- 
- 

### -LES SOINS-

Comment avez-vous jugé les soins en terme de :

- Respect de l'intimité ?
- Respect des règles d'hygiène ?
- Prise en compte de vos besoins ?
- Information sur les différents actes et soins ?

Qu'avez-vous pensé de la discrétion des différents professionnels ?

Avez-vous été bien informé des conditions pratiques de votre séjour ?

(horaires des soins, organisation de la rééducation, horaires des repas...)

- 
- 
- 
- 
- 
- 

### -Concernant l'équipe soignante (Infirmiers et Aides-soignants)-

Qu'avez-vous pensé :

- De l'accueil dans le service ?
- Des soins que vous avez reçus ?
- Du professionnalisme du personnel de jour ?
- Du professionnalisme du personnel de nuit ?
- De la rapidité d'intervention après appel (sonnette) ?

### -Concernant l'équipe médicale-

Qu'avez-vous pensé :





- Du professionnalisme des médecins ?
- De l'accessibilité aux informations sur votre état de santé ?
- Avez-vous eu le sentiment d'avoir participé aux choix concernant ?
- Avez-vous participé à l'élaboration de votre projet thérapeutique ?
- Du professionnalisme des secrétaires médicales ?

### -Concernant l'équipe de rééducation (Kinésithérapeutes et Ergothérapeutes)-

Qu'avez-vous pensé :

- De l'accueil dans le service de rééducation ?
- Des soins que vous avez reçus ?
- Du professionnalisme des rééducateurs ?
- Du respect des horaires des séances de rééducation ?

## - PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

	 Très satisfait	 Plutôt satisfait	 Plutôt pas satisfait	 Pas du tout satisfait
Avez-vous eu des douleurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, comment jugez-vous :				
- La prise en compte de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'évolution de votre douleur au cours du séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## - PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Qu'avez-vous pensé de :				
- La gestion/distribution de votre traitement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'information dispensée par les différents professionnels sur votre traitement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## - L'ACCES DANS L'ETABLISSEMENT ET LES SERVICES

Avez-vous ressenti des difficultés pour :				
- vous repérer dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous déplacer dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?.....				
Si vous avez été pris en charge sur le site de Lamalou-Les-Bains, qu'avez-vous pensé :				
- du respect des horaires de bus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du confort du bus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'amabilité des chauffeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## - L'HOTELLERIE

Qu'avez-vous pensé :				
- Du professionnalisme du personnel de service (A.S.H.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la sécurité dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De l'hygiène des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## - La chambre

Comment jugez-vous :				
- Le confort, la fonctionnalité et l'équipement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La propreté au quotidien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le calme et le respect du repos ?	<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"/>
- La propreté du linge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les prestations suivantes :				
• La télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'accès internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La rapidité des réparations en cas de panne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## - Autres prestations

Comment jugez-vous :				
- Les animations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les jardins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## - Les repas

Comment avez-vous jugé				
- La qualité des repas servis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le service en salle à manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous eu un régime alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, a-t-il été respecté ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## - LA SORTIE

Etes-vous satisfait(e) des conditions de préparation de votre sortie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

## - EN CONCLUSION

Recommanderiez-vous notre clinique à votre entourage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre hospitalisation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## - SUGGESTIONS, REMARQUES