

# Questionnaire de sortie SSR

Afin de nous permettre d'améliorer la qualité de votre prise en charge, vous êtes invité(e)s à remplir ce questionnaire et le déposer dans la boîte à idées ou à l'accueil ou aux cadres de santé.

Merci de répondre en cochant les cases correspondantes.

## PRISE EN CHARGE

Que pensez-vous...					
	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
... de l'accueil dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>				
... de la prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>				
... de l'efficacité des soins reçus pour calmer votre douleur ?	<input type="checkbox"/>				
... des informations reçues concernant votre prise en charge ? (objectifs et modalités de rééducation, durée prévisible du séjour...)	<input type="checkbox"/>				
... de l'évolution de votre état de santé et de votre autonomie par rapport aux objectifs fixés au début de votre séjour avec l'équipe ?	<input type="checkbox"/>				
... de la disponibilité du (des) médecin(s) à votre égard ?	<input type="checkbox"/>				
... des informations reçues dans le service concernant les médicaments qui vous ont été prescrits ?	<input type="checkbox"/>				
... du temps de réponse à vos demandes au cours du séjour ?	<input type="checkbox"/>				

## INTIMITE - CONFIDENTIALITE

Que pensez-vous des précautions prises par le personnel pour respecter ...					
	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
... la confidentialité lors de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>				
... votre intimité lors des actes et soins quotidiens ?	<input type="checkbox"/>				

## HOTELLERIE

Que pensez-vous ...					
	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
... de l'horaire des repas ?	<input type="checkbox"/>				
... de la qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>				
... de la propreté au sein de l'établissement (chambres, locaux communs) ?	<input type="checkbox"/>				



## SOINS - SORTIE

					
<b>Que pensez-vous de l'information médicale concernant...</b>	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
... vos consultations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vos résultats d'examen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vos dates de sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... la reprise des activités après prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... les explications délivrées par le médecin à la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... votre retour à domicile (aide à domicile, achat de matériel spécialisé, aménagement de votre habitat...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					
	Toujours	Presque toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Avez-vous eu la possibilité de participer aux décisions concernant votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous aviez besoin d'aide pour les activités de la vie courante (se déplacer, se laver, s'habiller, manger...), avez-vous pu l'obtenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SATISFACTION GENERALE

					
<b>Opinion générale sur votre séjour dans l'établissement :</b>	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Recommanderiez-vous cet établissement à vos amis ou membres de votre famille ?</b>					
	OUI				NON
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

### Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

### Votre service :

ARBOIS SSR    SALINS 1<sup>er</sup> ETAGE    SALINS 2<sup>ème</sup> ETAGE    SALINS 3<sup>ème</sup> ETAGE    SALINS 4<sup>ème</sup> ETAGE

**En cas d'insatisfaction : si vous souhaitez recevoir une réponse écrite de la part de la Direction de l'établissement, veuillez indiquer vos coordonnées ci-dessous :**

Nom :

Prénom :

Adresse :