



Date :

Votre avis est précieux ! Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.

1- LE SERVICE D'ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Facilité d'accès à la structure (signalétique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente lors de votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données lors de votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'admission (entre la demande et la prise en charge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- LES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Qualité de l'accueil par l'infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur somatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la dignité et de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- LES SOINS MEDICAUX

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Qualité des informations données par le psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur le projet thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la dignité et de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- LES SOINS THERAPEUTIQUES

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Prise en charge par :						
l'infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la psychomotricienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversité des activités proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5- LE SERVICE HÔTELIER

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Confort des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6- LA RESTAURATION

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez un régime particulier, a-t-il été respecté ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> sans régime	

7- LA SORTIE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données (consignes, médicaments, RDV médicaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLOBALEMENT VOUS ÊTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

.....

Recommanderiez-vous l'Hôpital de Jour? oui non

Pour quelle(s) raison(s) ?.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE PREMs* / PROMs**

* Les PREMs (Patient Reported Experience Measures) mesurent l'expérience des soins.
**Les PROMs (Patient Reported Outcome Measures) mesurent les résultats des soins.

En complément, aidez-nous à mesurer votre expérience et les résultats des soins que vous avez reçus.

Qu'avez-vous pensé de l'amabilité du personnel administratif ?

Mauvaise Bonne Très bonne Excellente

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive de la part de l'équipe qui vous a pris en charge ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Vous est-il arrivé de demander un médicament pour soulager des douleurs (somatiques) ?

Oui Non

Si oui, pensez-vous que le personnel a fait tout son possible pour calmer ces douleurs ?

Oui Non

Dans l'ensemble, avez-vous eu le sentiment d'avoir été soigné en toute sécurité ?

Oui Non

Pourquoi ?

Par rapport à la période précédant votre hospitalisation, que pensez-vous de votre état de santé ?

Bien meilleur Plutôt meilleur A peu près pareil Plutôt moins bon Beaucoup moins bon

Selon vous, pour une meilleure prise en charge, quel(s) axe(s) d'amélioration la Clinique pourrait-elle mettre en place ?

.....

.....

.....