

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Service : hospitalisation de jour

Madame, Monsieur,

Au terme de votre programme de réadaptation au sein de l'établissement, nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir remplir le questionnaire de satisfaction qui vous est proposé dans la présente lettre.

Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Lors de votre sortie, nous vous remercions de bien vouloir remettre ce questionnaire rempli à l'accueil de l'hôpital de jour ou dans la boîte aux lettres rouge située au niveau de l'accueil principal.

Vos réponses seront prises en considération par l'ensemble des intervenants de l'établissement ; elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Sabine THOMAS-CONDE  
Directrice

Vous êtes : un homme  une femme

Votre Age : \_\_\_ ans

Vous êtes : en activité  sans activité

Vous arrivez : de votre domicile   
d'un établissement hospitalier  , lequel ? \_\_\_\_\_

Code postal de votre domicile : /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /



□□□□□□□□□□

Facultatif, vos coordonnées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (x) la case de votre choix  
 TB = Très Bien      B = Bien      P = Passable      M = Mauvais

Comment jugez-vous ?	TB	B	P	M
L'accueil téléphonique de l'établissement				
La clarté des informations pour préparer votre programme				
L'accueil principal de l'établissement				
La clarté des explications sur le déroulement de votre programme				
L'accueil lors de votre arrivée dans le service				
Le confort des locaux				
La qualité des repas				
L'aide des personnels pour vous familiariser à l'établissement				
La prise en charge de votre souffrance morale				
L'attention et la disponibilité du personnel hôtelier au repas				
La propreté des locaux				
L'écoute et la disponibilité des médecins				
La clarté des informations données par les médecins				
La prise en charge de votre douleur physique				
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante				
La clarté des informations données par l'équipe soignante				
L'attention réservée à vos proches				
Les moyens mis à disposition pour occuper vos temps libres				
La clarté des informations données à la fin de votre programme				
Notre soutien dans la compréhension de votre maladie				
L'influence des conférences et ateliers sur vos habitudes de vie				
Les différentes activités physiques proposées				
L'ambiance dans laquelle s'est déroulée votre réadaptation				
L'intérêt de la réadaptation cardio-vasculaire après un incident cardiaque				
Comment jugez-vous globalement l'établissement ?				

Si vous deviez recommander l'établissement à un ami/un proche, quelle note donneriez vous sur une échelle de 1 à 10 (10 étant la meilleure note) ?

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

Afin de nous permettre d'améliorer la qualité de restauration merci de nous indiquer :  
 Quels sont les plats qui vous ont particulièrement plu ?

Quels sont les plats qui vous ont particulièrement déplu ?

**Vous pouvez ici nous faire part de vos remarques ou suggestions :**

**VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

A remplir par l'établissement : Mois   Code Local  Code Saisie