

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION EN SORTIE DU SSR

**Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire, votre avis nous aide à progresser**

**Ne souhaite pas répondre au questionnaire**

### L'ACCUEIL vous semble :

Excellent

Bon

Passable

Mauvais

### LES CONDITIONS DE SEJOUR:

#### 1/ Les SOINS

	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
- Avez-vous été satisfait des soins dispensés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les soins prodigués respectaient-ils votre intimité et votre dignité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les soins prodigués respectaient-ils votre confort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oui	Non
- Votre consentement aux soins a – t –il été recherché ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous pu dialoguer facilement avec le médecin ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous pu dialoguer facilement avec le personnel infirmier et soignant ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'équipe de soin vous a-t-elle demandé si vous aviez mal ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si vous aviez des douleurs, ont-elles été prises en charge ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2/ Le personnel du service de soins a-t-il été ?

##### **Le personnel infirmier et soignant de jour :**

	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
Attentionné et doux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### **Le personnel infirmier et soignant de nuit :**

	Oui toujours	Oui la plupart du temps	Non rarement	Non jamais
Attentionné et doux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3/ Votre chambre et éléments de la chambre : avez-vous été satisfait(e)

	Oui	Non
Du confort (literie, équipements de la chambre...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **4/ Vos repas : avez-vous été satisfait(e)**

	<b>Très satisfait</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Moyennement satisfait</b>	<b>Insatisfait</b>
Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **DROITS ET INFORMATION DU PATIENT**

**Pendant votre séjour, avez-vous reçu des explications à propos de vos traitements (médicaux et soins) et de votre état de santé ?**

- Oui toujours       Oui la plupart du temps       Non rarement       Non jamais

**Les informations étaient-elles claires et compréhensibles ?**

- Oui toujours       Oui la plupart du temps       Non rarement       Non jamais

**Le livret d'accueil que nous vous avons remis, vous a-t-il paru ?**

- |         | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| Complet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clair   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **L'organisation de votre sortie :**

**Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été préparée / anticipée ?**

- Mauvaise       Faible       Moyenne       Bonne       Excellente

**Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?**

- Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie       Non       Oui

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?**

- Mauvaises       Faibles       Moyennes       Bonnes       Excellentes

**Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (sport, activités habituelles, etc...) ?**

- Oui       Non

**Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale pour préparer votre retour à domicile ?**

- Oui       Non, mais j'aurai souhaité en voir une       Non, car je n'en ai pas eu besoin

**Que pensez-vous de l'aide apportée par l'assistante sociale ?**

- Mauvaise       Faible       Moyenne       Bonne       Excellente

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ?**

Mauvaise       Faible       Moyenne       Bonne       Excellente

**APPRECIATION D'ENSEMBLE SUR VOTRE SEJOUR**

**Votre entourage est –il globalement satisfait de votre prise en charge ?**

Votre entourage est      très satisfait      satisfait      mécontent      très mécontent  
                       

**Globalement, qu'elle est votre appréciation de votre séjour ?**

Vous êtes      très satisfait      satisfait      mécontent      très mécontent  
                       

*Remarques, observations et suggestions :*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

***NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR PRIS UN PEU DE VOTRE TEMPS POUR RÉPONDRE A CES QUELQUES QUESTIONS.***



**Vous pouvez indiquer votre nom si vous le souhaitez (facultatif) :** .....

Remplit par :       Le patient       Le patient et la famille       La famille

**Date de votre sortie :** .....

**Adresse mail :** .....

**Pour les patients souhaitant participer à l'enquête E-SATIS de la Haute Autorité de Santé**

(enquête de satisfaction des patients hospitalisés informatisée)

Si vous avez accepté de participer à l'enquête nationale de satisfaction des patients hospitalisés par mail (questionnaire portant sur différents thèmes concernant votre séjour en soins de suite et de réadaptation), vous recevrez 15 jours après votre sortie un E-mail contenant un lien vers l'enquête informatique.

En 10 min, de manière anonyme, vous pourrez donner votre avis sur votre prise en charge (vous pouvez vous faire aider par vos proches).

Cette enquête, à distance de l'hospitalisation, permet de prendre du recul sur le séjour.

En plus de connaître les points positifs du séjour et ceux qu'il convient d'améliorer par l'établissement, l'enquête nationale permet d'attribuer au service une note globale de satisfaction consultable sur le site [www.scopesanté.fr](http://www.scopesanté.fr)

**eSATIS**  
Enquête de satisfaction

Votre satisfaction et votre expérience participent à l'amélioration de la qualité des soins de notre établissement



Si vous n'avez pas encore donné votre accord pour cette enquête nationale, vous pouvez encore le faire auprès de l'équipe soignante.