

LA RESTAURATION

Les repas confectionnés dans l'établissement étaient-ils ?

	Satisfaisants	Peu Satisfaisants	Pas Satisfaisants
• en qualité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• en quantité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• à température appropriée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations :

.....

.....

LA SORTIE

Avez-vous été satisfait de l'organisation de votre sortie ?

	Satisfaisantes	Peu satisfaisantes	Non satisfaisantes
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations :

.....

.....

APPRECIATION D'ENSEMBLE SUR VOTRE SEJOUR

Au moment de quitter le SSR Saint Christophe, votre appréciation d'ensemble sur votre séjour est-elle ?

	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Non satisfaisante
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations :

.....

.....

APPRECIATIONS SUR VOTRE SEJOUR

Vous venez d'être hospitalisé (e) au **SSR Saint Christophe** à Perpignan et vous vous apprêtez à quitter l'établissement.

Ce questionnaire anonyme est destiné à recueillir vos suggestions, vos observations ou vos critiques, et nous permettra de connaître l'appréciation que vous portez sur votre séjour au SSR Saint-Christophe.

Merci de bien vouloir déposer ce questionnaire auprès de l'accueil ou de l'animatrice avant votre sortie.

Transfert de

Séjour du au

LES TRANSPORTS

Avez-vous été satisfait de votre transporteur :

- Lors de votre arrivée ? Oui Non Non Concerné (NC)
- Durant votre séjour ? Oui Non Non Concerné (NC)

L'ACCUEIL

Votre accueil dans l'établissement a-t-il été :

- | | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Non satisfaisant |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • A votre arrivée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Au cours de votre séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LE PERSONNEL

Le personnel vous a-t-il semblé :

- | | <u>Aimable</u> | | <u>Disponible</u> | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| • Personnel Administratif : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Personnel Soignant : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Personnel de Service : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Personnel d'Animation : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Que pensez-vous des animations ?

- Satisfaisantes Peu satisfaisantes Non satisfaisantes N C

LES SOINS

La qualité des soins vous a paru :

- | | Satisfaisante | Peu satisfaisante | Non satisfaisante |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • de jour : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • de nuit : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • le week-end : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les mesures prises pour soulager votre douleur ont été :

- Satisfaisantes Peu satisfaisantes Non concerné

Pensez-vous que votre intimité pendant les soins a été respectée ?

- OUI NON

ACCESSIBILITÉ

Votre entourage a-t-il trouvé l'accès à l'établissement facile :

- | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Non satisfaisant | Non Concerné |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le stationnement leur a paru :

- | Facile | Assez Difficile | Très Difficile | Non Concerné |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dans l'établissement, l'accès aux espaces de soins et de vie vous a paru :

- | Facile | Assez Difficile | Très Difficile | Non Concerné |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LES CONDITIONS DE VOTRE SEJOUR

Que pensez-vous des conditions matérielles de votre séjour ?

- | | Satisfaisantes | Peu Satisfaisantes | Non Satisfaisantes | Non Concerné |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • le confort de votre chambre : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • la température : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • la propreté : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • le bruit : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • les extérieurs : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Que pensez-vous des prestations qui vous ont été fournies :

- | | Satisfaisantes | Peu Satisfaisantes | Non Satisfaisantes | Non Concerné |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • le téléphone : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • la télévision : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • la bibliothèque : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • l'entretien du linge de lit : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pensez-vous avoir reçu les informations nécessaires sur le fonctionnement de l'établissement ?

- OUI NON

Observations :