



# Questionnaire Patient SMR

Nous souhaiterions recueillir votre expérience concernant votre séjour afin d'améliorer les conditions d'accueil et d'hospitalisation. Merci de consacrer un peu de temps au remplissage de ce questionnaire, qui restera anonyme (sauf si vous souhaitez indiquer votre nom en dernière page) et de le remettre aux infirmières du service ou de l'envoyer par la poste au : Service Qualité de l'Hôpital 4&28 Rue du Mans 61130 BELLÊME ou le déposer dans les boîtes aux lettres prévues.

## L'ACCUEIL (politesse, hospitalité, gentillesse)

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Au service des admissions (accueil général)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le service SMR (ou par le personnel soignant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des horaires de visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES INFORMATIONS RECUES

	Oui, tout à fait	Oui, en partie	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Avez-vous reçu un livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les conditions de séjour étaient-elles claires et adaptées ? (livret d'accueil...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur vos droits étaient-elles claires ? (directives anticipées, personne de confiance...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu, sans avoir à le demander, des explications sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des réponses claires à vos questions de la part des professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on expliqué votre projet de soins et de rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on informé de l'évolution de votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pu participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos proches ont-ils été informés autant que de besoin sur votre accompagnement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

A votre entrée dans notre service de SMR, comment évaluez-vous votre niveau de santé (cochez la case SVP) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mauvais				Moyen			Excellent		

## LA QUALITÉ DES SOINS DÉLIVRÉS

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Par le personnel paramédical (infirmier(e)s, aides-soignant(e)s,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le personnel de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeute)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par les psychologues et l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les professionnels ont-ils pris en compte vos besoins, votre handicap ou difficultés dans les soins quotidiens (toilette, habillage...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LA QUALITÉ DES SOINS DÉLIVRÉS

Oui, tout à fait

Oui, en partie

Non, pas vraiment

Non, pas du tout

Vos douleurs physiques ont-elles été prises en compte et en charge par les professionnels ?

Les médecins, l'équipe soignante et l'équipe de rééducation travaillaient-ils bien ensemble (de façon coordonnée) ?

## LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS

Oui, tout à fait

Oui, en partie

Non, pas vraiment

Non, pas du tout

Les professionnels étaient-ils à l'écoute ?

Le personnel de jour était-il disponible ?

Le personnel de nuit était-il disponible ?

## VOS DROITS

Oui, tout à fait

Oui, en partie

Non, pas vraiment

Non, pas du tout

Les professionnels ont-ils respecté le secret professionnel ?

Votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées ?

## LE TRANSPORT

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas satisfait

Êtes-vous satisfait du transport par les ambulanciers ?

Le transport concernait :  Votre entrée

Un transfert / consultation durant le séjour

## LES REPAS

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas satisfait

Qualité gustative des repas

Quantité des repas servis

Horaires et rythme des repas

Estimez-vous que vos goûts ont été pris en compte ?

Oui

Non

Votre régime alimentaire a été respecté ? (*diabétique, sans sel...*)

Oui

Non

Non concerné

## LE LINGE

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas satisfait

Propreté du linge de lit (*draps, oreillers...*)

Propreté du linge de toilette (*serviettes et gants de toilette*)

Quantité de linge de toilette (*serviettes et gants de toilette*)

## LA CHAMBRE

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas satisfait

Confort de votre chambre

Equipements de votre chambre (*sanitaires, aménagements...*)

Propreté de votre chambre et équipement sanitaire

Calme et tranquillité de votre chambre

## LES ESPACES COMMUNS (couloirs, hall, salon...)

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Pas satisfait

L'accessibilité des espaces communs

Propreté des espaces communs

Confort des espaces communs

Calme et tranquillité des espaces communs

## LES AUTRES PRESTATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
La télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le WIFI / Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

	Oui, tout à fait	Oui, en partie	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Votre sortie a-t-elle été préparée et anticipée par les professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été informé et sollicité pour l'organisation de votre sortie (date et horaire, transport...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des informations claires sur la <u>reprise de vos activités quotidiennes</u> après votre sortie (courses, déplacements...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des informations claires sur les <u>médicaments à prendre</u> après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des informations claires <u>sur les soins</u> après votre sortie (prochains rendez-vous, intervention d'infirmier à domicile...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Actuellement, c'est-à-dire à votre sortie, comment évaluez-vous votre niveau de santé (cochez la case SVP) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mauvais				Moyen					Excellent

Avez-vous des remarques sur votre état de santé à votre sortie par rapport à votre entrée ?

## OPINION GÉNÉRALE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Quel est votre niveau de satisfaction général sur votre séjour dans notre service SMR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous notre service SMR à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous deviez de nouveau être hospitalisé en SMR, choisiriez-vous de revenir dans notre établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions/remarques :

Nom-Prénom (facultatif) :

Date de sortie : .....