
















QUESTIONNAIRE DE SORTIE DU CENTRE DE LA TOUR DE GASSIES






Madame, Monsieur,
 Vous allez quitter notre établissement. Nous espérons que votre séjour a répondu à vos attentes.
 Votre opinion nous est précieuse pour améliorer la qualité des prestations que nous offrons.
 Nous vous remercions, par avance, de prendre quelques minutes pour répondre à ces questions






La Direction

L'ACCUEIL	 Excellent	 Très bon	 Bon	 Mauvais	 Très mauvais	Sans opinion					
L'accueil au bureau des admissions vous a-t-il paru ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Comment avez-vous trouvé l'accueil à votre arrivée dans le service de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Comment trouvez-vous la signalétique externe et interne du centre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de satisfaction sur la qualité de l'accueil ?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
	<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"/>	
<u>Observations</u> : merci de préciser vos motifs d'insatisfaction											

LES SOINS	 Toujours	 Presque toujours	 Souvent	 Parfois	 Jamais	Sans opinion					
Durant votre séjour, si vous avez eu besoin d'aide, l'avez-vous obtenue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Les informations que vous avez reçues sur votre état de santé, sur votre traitement, sur vos soins, etc. vous-ont-elles parues suffisantes et claires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Diriez-vous que votre douleur a été prise en charge de manière satisfaisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Avez-vous reçu des informations concernant votre traitement médicamenteux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Le personnel a-t-il vérifié votre identité à chaque étape de votre prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Avez-vous participé aux décisions concernant votre projet de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	 Excellent	 Très bon	 Bon	 Mauvais	 Très mauvais	Sans opinion					
Si vous avez participé à un atelier d'éducation thérapeutique, comment l'avez-vous jugé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Comment jugez-vous l'information reçue sur votre planning de rééducation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Comment jugez-vous l'accueil et l'accompagnement de votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de satisfaction sur la qualité des soins et de votre accompagnement ?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
	<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"/>	
<u>Observations</u> : merci de préciser vos motifs d'insatisfaction											



VOS DROITS	 Toujours	 Presque toujours	 Souvent	 Parfois	 Jamais	Sans opinion					
Est-ce que le personnel a été poli, aimable et respectueux à votre égard ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Des précautions ont-elles été prises pour respecter votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Lors de votre séjour, vous a-t-on remis le livret d'accueil, le règlement intérieur et la charte de la personne hospitalisée ?	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Lors de votre séjour, avez-vous eu connaissance de la Commission Des Usagers (CDU) ?	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de satisfaction sur le respect de vos droits (confidentialité, respect des croyances, gestion des plaintes ou réclamations...)?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
	<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"/>	
<u>Observations</u> : merci de préciser vos motifs d'insatisfaction											

VOS CONDITIONS DE VIE	 Excellent	 Très bon	 Bon	 Mauvais	 Très mauvais	Sans opinion					
Que pensez-vous du confort de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Que pensez-vous de la propreté des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Que pensez-vous des repas servis à Gassies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Que pensez-vous du linge plat mis à votre disposition ? (draps, taie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de satisfaction sur votre confort (chambre et repas) ?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
	<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"/>	
<u>Observations</u> : merci de préciser vos motifs d'insatisfaction											

VOTRE OPINION	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de satisfaction sur votre séjour à Gassies ?	<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"/>

Quel était votre médecin ?

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr Coste | <input type="checkbox"/> Dr Faucher | <input type="checkbox"/> Dr Fievet-Thaury | <input type="checkbox"/> Dr Klotz |
| <input type="checkbox"/> Dr Goossens | <input type="checkbox"/> Dr Nozeres | <input type="checkbox"/> Dr Nardoux | <input type="checkbox"/> Dr Grelier |
| <input type="checkbox"/> Dr Lanotte | <input type="checkbox"/> Dr Alonso | <input type="checkbox"/> Dr Bavay-Robert | <input type="checkbox"/> Dr Cayré-Portron |
| <input type="checkbox"/> Dr Hyernard | <input type="checkbox"/> Dr Mestre | <input type="checkbox"/> Dr Tang | <input type="checkbox"/> Dr Laly |

OBSERVATIONS / SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir pris du temps pour répondre à ces questions.
Veuillez déposer le questionnaire dans la boîte prévue à cet effet dans le Hall.