

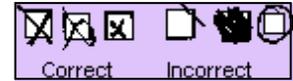
Soucieux de répondre de façon satisfaisante à vos demandes et d'améliorer sans cesse notre accueil, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire afin de nous aider à mieux prendre en compte vos attentes. Ce questionnaire est anonyme et respecte votre droit à la confidentialité.

Nous vous en remercions par avance.

Afin de faciliter la saisie des questionnaires nous vous remercions de bien vouloir utiliser un crayon de couleur noire, de respecter les consignes de remplissage et de ne pas écrire dans les marges.

En cas d'erreur merci de bien vouloir noircir complètement la case erronée.

Pour chaque point veuillez indiquer votre degré de satisfaction (une seule case)



Si votre parent ou votre protégé ne peut pas remplir le questionnaire le verso de cet imprimé vous concerne.

**Le patient et/ou la famille ne souhaite pas remplir le formulaire :**

A remplir par le patient

Etes-vous satisfait :	Oui	Non
Etes-vous satisfait de la propreté de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de l'entretien du linge personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de la qualité des repas proposés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de la quantité des repas proposés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel est-il assez disponible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel est-il respectueux dans l'attitude et dans les paroles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre douleur a-t-elle été soulagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait des animations proposées dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait de l'accès donné à l'exercice du culte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait des soins reçus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous impliqué dans les décisions médicales vous concernant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait des explications données sur votre état de santé et sur vos soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En considérant l'ensemble de la prise en charge, vous estimez vous ?

Très satisfait       Plutôt satisfait       Plutôt insatisfait       Très insatisfait

Recommanderiez-vous cet établissement ?       Oui       Non

Si vous avez répondu "Non" à l'une ou plusieurs des questions ci-dessus, pouvez-vous expliquer votre réponse :

