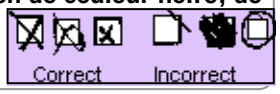
Enquête de satisfaction Appartement Familial Thérapeutique/Appartement Thérapeutique

NE PAS AGRAFER , NE PAS PLIER, NE PAS PHOTOCOPIER

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 ne pas écrire dans les marges.
En cas d'erreur merci de bien vouloir noircir complètement la case erronée.



Date

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Dans quelle unité êtes-vous pris en charge ?

☐ AFT ☐ AT S1 ☐ AT S6 Arènes

Les conditions d'accueil à votre arrivée :

L'accueil :

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

Avez-vous eu connaissance du règlement intérieur ?

☐ Oui ☐ Non

Conditions d'hébergement :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Le domicile (aménagement) :	☐	☐	☐	☐
La localisation et accessibilité aux services, commerces, espaces verts :	☐	☐	☐	☐
Votre chambre :	☐	☐	☐	☐
De la propreté des locaux :	☐	☐	☐	☐
Le respect de votre intimité :	☐	☐	☐	☐

La prise en charge :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Les informations données (sur vos droits, votre maladie, sur votre traitement) :	☐	☐	☐	☐
Le rythme des visites à domiciles, des entretiens infirmiers :	☐	☐	☐	☐
Les entretiens médicaux :	☐	☐	☐	☐
Les réunions soignants /soignés :	☐	☐	☐	☐

DG/Service Qualité-octobre 2017

Enquête de satisfaction Appartement Familial Thérapeutique/Appartement Thérapeutique

Qualité de la prise en charge

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La disponibilité de l'équipe :	☐	☐	☐	☐
La prise en compte de votre douleur physique :	☐	☐	☐	☐
La qualité de l'écoute :	☐	☐	☐	☐

Quelle est votre satisfaction générale sur votre prise en charge ?

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas du tout satisfait

Avez-vous des remarques ?

DG/Service Qualité-octobre 2017