Souhaitez-vous faire des commentaires ? .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dates de votre séjour : du : ……/……/…… au ……/……/……

Votre service : ☐ PNEUMOLOGIE ☐ ORTHOPÉDIE ☐ NEUROLOGIE

Votre NOM et PRÉNOM : .....

Questionnaire à remettre à l'accueil du Centre Paul Cézanne

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Mise à jour février 2024

Vous avez été accueilli(e) – ou l'un des vôtres en hospitalisation complète au Centre Paul Cézanne

Pour nous permettre d'améliorer encore la qualité de nos prestations, nous vous remercions de remplir ce questionnaire.
Il suffit de cocher la case correspondante le mieux à votre réponse.

L'ACCUEIL

	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYENNEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
ADMINISTRATIF							
1. L'amabilité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. La rapidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. La simplicité des procédures	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DANS L'UNITÉ DE SOINS							
4. Vous sentiez-vous attendu(e) par le personnel soignant ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Le personnel soignant était-il aimable ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LE SÉJOUR

LES REPAS	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYENNEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
6. La qualité des plats proposés	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Le choix des menus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. La quantité des portions	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. La variété des plats proposés	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYENNEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
LA CHAMBRE							
10. Le confort	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. La propreté	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. L'environnement sonore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. La température	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LE TÉLÉPHONE & LA TÉLÉVISION							
14. Les chaines télévisées	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Les Tarifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LES SOINS

	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYENNEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
PRISE EN CHARGE DES SOINS							
16. La qualité des soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. La disponibilité du personnel soignant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Le respect des procédures d'hygiène	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR							
19. L'écoute de votre douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. L'efficacité des traitements proposés	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'INFORMATION MÉDICALE

MALADIE & DIAGNOSTIC	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYENNEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
21. Les explications sur votre maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Les explications sur votre traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LES AUTRES PRESTATIONS

	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	MOYENNEMENT SATISFAIT	PLUTÔT SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	NON CONCERNÉ	SANS AVIS
TRANSPORT DE VOTRE CHAMBRE AUX DIFFÉRENTS SERVICES							
23. L'amabilité des brancardier(e)s	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. La disponibilité des brancardier(e)s	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LE RESPECT DE VOTRE INTIMITÉ POUR LES SOINS D'HYGIÈNE ET DE CONFORT							
25. Par les médecins	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Par le personnel soignant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Par les équipes de rééducation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LA DIÉTÉTIQUE							
28. Les interventions de la diététicienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Le respect de votre régime	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Les informations nutritionnelles en lien avec une éventuelle maladie chronique (diabète, hypertension…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RÉÉDUCATION KINÉSITHÉRAPIE ERGOTHÉRAPIE							
31. Fréquence des séances de rééducation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. L'amabilité des personnels du plateau technique (kinésithérapeutes, ergos, APA…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. La disponibilité des personnels du plateau technique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ASSISTANTE SOCIALE							
28. La qualité des renseignements	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. L'écoute de vos besoins	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. L'amabilité de l'assistante sociale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐