

Dans le cadre d'une recherche permanente d'amélioration de la qualité de notre service, nous souhaitons connaître vos perceptions, votre avis et vos commentaires éventuels sur notre établissement.

Merci de répondre à ce questionnaire et de le remettre dans la boîte située à l'accueil.

Nous espérons que vous avez effectué un excellent séjour.

<b>VOUS ETES</b>	un patient	<input type="checkbox"/>
	un proche du patient ou visiteur	<input type="checkbox"/>
<b>VOUS AVEZ ÉTÉ HOSPITALISÉ AU</b>	1er étage	<input type="checkbox"/>
	2ème étage	<input type="checkbox"/>
	3ème étage	<input type="checkbox"/>
<b>DATE DE SORTIE</b>	...../...../.....	<input type="checkbox"/>

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Peu satisfait</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>
<b>L'ACCUEIL ADMINISTRATIF</b>				
Disponibilité - Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité - Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>LES MEDECINS</b>				
Disponibilité - Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité - Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation au projet thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur votre traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>L'EQUIPE SOIGNANTE</b>				
Disponibilité - Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité - Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et accompagnement des proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR</b>			OUI	NON
Avez-vous ressenti des douleurs durant votre séjour ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si OUI,</b>	<b>Très satisfait</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Peu satisfait</b>	<b>Pas du tout satisfait</b>
Evaluation de la douleur physique et ou mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulagement de la douleur physique et/ou mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>ACTIVITES THERAPEUTIQUES</b>				
Affichage - Information sur les activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thèmes abordés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenu des ateliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animation des séances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualité des supports pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA PREPARATION A LA SORTIE

Explications délivrées sur les médicaments prescrits à votre sortie

Concernant l'accompagnement et le délai dans la préparation de votre sortie, vous êtes

En cas d'insatisfaction, précisez le motif :  Implication du patient et /ou proches sur la préparation de la sortie  Informations et documents remis  Continuité des soins à votre sortie

### LA CLINIQUE

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Peu satisfait</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>
Accessibilité - Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Architecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décoration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalisation intérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA CHAMBRE

Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température ambiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort du mobilier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA RESTAURATION

Qualité des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des plats proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goûter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LA LINGERIE

Avez-vous fait entretenir votre linge personnel par la clinique ?

OUI

NON

Si OUI, *Très satisfait* *Satisfait* *Peu satisfait* *Pas du tout satisfait*

Lavage et repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai de retour du linge propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle est votre appréciation globale sur votre séjour dans l'établissement ?

*Très satisfait*

*Satisfait*

*Peu satisfait*

*Pas du tout satisfait*

Comment avez-vous entendu parler de la clinique ?

Par le site internet

Par votre psychiatre

Par votre généraliste

Autre précisez

VOS REMARQUES / PROPOSITIONS D'AMELIORATION