

Notre établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et des soins. Nous vous remercions de nous faire part de votre satisfaction et de toutes les remarques qui vous semblent importantes. Ces dernières seront analysées et nous permettront de modifier notre organisation par la mise en place d'actions correctives.

Vous pouvez remettre ce questionnaire dans la boîte située à l'accueil.

Nous espérons que vous avez effectué un excellent séjour.

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

*Très satisfait      Satisfait      Peu satisfait      Pas du tout satisfait*

### L'ACCUEIL ADMINISTRATIF

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"/>

### LES MEDECINS

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"/>

### L'EQUIPE SOIGNANTE

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"/>

### LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous ressenti des douleurs durant votre séjour ?

OUI       NON

*Si OUI,*

*Très satisfait      Satisfait      Peu satisfait      Pas du tout satisfait*

Evaluation de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulagement de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ACTIVITES THERAPEUTIQUES

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"/>

### LA PREPARATION A LA SORTIE

Explications délivrées sur les médicaments prescrits à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant l'accompagnement et le délai dans la préparation de votre sortie, vous êtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'insatisfaction, précisez le motif :	<input type="checkbox"/> Implication du patient et /ou proches sur la préparation de la sortie	<input type="checkbox"/> Informations et documents remis	<input type="checkbox"/> 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"/>
Variété des plats proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de distribution des repas (disponibilité et amabilité du personnel...)	<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 <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si OUI,	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Peu satisfait</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>
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 ?

<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Peu satisfait</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous entendu parler de la clinique ?

<input type="checkbox"/>	Par le site internet	<input type="checkbox"/>	Par votre psychiatre	<input type="checkbox"/>	Par votre généraliste	<input type="checkbox"/>	Autre précisez
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			.....

### VOS REMARQUES / PROPOSITIONS D'AMELIORATION
