






QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION





Réadaptation Fonctionnelle





Dans le souci constant d'améliorer la Qualité de nos prestations, votre avis et vos suggestions sont précieux pour nous.
Merci pour votre contribution qui nous permettra de progresser.





| | | |
|--|---|--|
|  CENTRE DE RÉADAPTATION MULHOUSE <small>Rééducation et Formation Professionnelle</small> | Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> RF1 <input type="checkbox"/> RF2 <input type="checkbox"/> RF3 | Hospitalisation de jour <input type="checkbox"/> Rééducation cardiaque <input type="checkbox"/> Autre |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|---|
| Date | Nom (facultatif) : | Prénom (facultatif) : |
| Très satisfait  | Plutôt satisfait  | Plutôt pas satisfait  |
| Pas satisfait du tout  | NC : Non Concerné | |

| 1. Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé : |  |  |  |  | NC | Vos commentaires |
|---|---|---|---|---|--------------------------|------------------|
| dans le hall d'accueil principal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| au bureau des admissions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| à l'hôpital de jour ou dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Avez-vous reçu le livret d'accueil ? | Oui : <input type="checkbox"/> | | Non : <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | | |

| 2. Les médecins du service:- |  |  |  |  | NC | Vos commentaires |
|--|---|---|---|---|--------------------------|------------------|
| Avez-vous pu vous entretenir avec eux comme vous l'avez souhaité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Etes-vous satisfait(e) des informations médicales fournies à vous-même et (ou) à vos proches ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 3. Les soins infirmiers : avez-vous été satisfait(e) ? |  |  |  |  | NC | Vos commentaires |
|--|---|---|---|---|--------------------------|------------------|
| des soins dispensés le jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| vous êtes interne : des soins dispensés la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| des soins dispensés le week-end ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 4. Les activités et les séances : avez-vous été satisfait(e) des activités et/ou des séances avec |  |  |  |  | NC | Vos commentaires |
|---|---|---|---|---|--------------------------|------------------|
| les kinésithérapeutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les ergothérapeutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les professeurs de sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les psychologues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les assistantes sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les orthophonistes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les neuropsychologues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les psychomotriciens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| la diététicienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| l'équipe emploi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| le personnel d'entretien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| autres personnels. Précisez le(s)quel(s) à droite > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 5. Le personnel : avez-vous été satisfait de votre relation avec | | | | | NC | Vos commentaires |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| les kinésithérapeutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les ergothérapeutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les professeurs de sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les psychologues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les assistantes sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les orthophonistes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les neuropsychologues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| les psychomotriciens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| la diététicienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| l'équipe emploi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| le personnel d'entretien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| autres personnels. Précisez le(s)quel(s) à droite > | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 6. Les examens : | | | | | NC | Vos commentaires |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Si vous avez eu des examens au CRM, avez-vous été satisfait(e) des informations sur leur nature et leur déroulement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Si vous avez eu des examens à l'extérieur, avez-vous été satisfait(e) des informations sur leur nature et leur déroulement (consultation, radiologie, ...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Avez-vous été satisfait(e) de l'organisation des transports ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 7. La douleur : | | | | | NC | Vos commentaires |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| A-t-elle été prise en compte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Vous a-t-on proposé un traitement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'efficacité du traitement a-t-elle été évaluée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 8. Les aspects hôteliers : avez-vous été satisfait(e) | | | | | NC | Vos commentaires |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| de votre chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| de vos repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| de la cafétéria ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| du linge mis à votre disposition ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 9. Votre appréciation d'ensemble : | | | | | NC | Vos commentaires |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Estimez-vous avoir été partie prenante de votre réadaptation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Si un sujet vous préoccupait, avez-vous pu en parler ? Précisez éventuellement lequel et avec qui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Estimez-vous que votre intimité a été respectée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Etes-vous satisfait de la façon dont votre sortie a été préparée/anticipée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Etes-vous satisfait globalement de votre séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 10. Vos propositions d'amélioration : |
|---------------------------------------|
| |