



Centre de Rééducation et de Réadaptation
Fonctionnelle de SAINT-GOBAIN
A l'attention du Directeur
Route de Saint-Nicolas
02410 SAINT-GOBAIN

Représentants de la commission des usagers :

AEMTC : patricia.bocquet59@gmail.com (Mme BOCQUET Patricia)

UDAF : parent.marie.agnes@gmail.com : (Mme PARENT Marie-Agnès)

FNATH : jeanrobertperrot@orange.fr (M. PERROT Jean)

APF : hub.lamendin@laposte.net (M. LAMENDIN Hubert)

Médecin Médiateur : nobecourt.j@orange.fr (M. le Docteur NOBECOURT Jean-Marie)

**Construisons ensemble
notre hôpital de demain**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle de Saint-Gobain (CRRF). Afin d'améliorer nos prestations, nous aimerions connaître votre appréciation d'ensemble sur votre séjour au CRRF.

Je vous remercie pour le temps que vous avez consenti à remplir ce questionnaire de satisfaction et pour la confiance que vous nous avez témoignée par votre présence sur le centre.

Le directeur par intérim

Monsieur Julien DUPAIN

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : F M

(FACULTATIF)

Date de sortie :

Hospitalisation :

Hospitalisation complète : N1 , N2 , N3 , SSN , EDD
Hospitalisation de semaine : N4

Accueil et information



1/ Etes-vous satisfait(e) de l'accueil lors de votre arrivée :

- Au bureau des admissions :
- Dans l'unité de soins :
- Par le médecin :

2/ Votre entourage, vos visiteurs ont-ils été bien accueillis ?

3/ Les informations données ont-elles répondu à vos attentes ?

4/ Avez-vous reçu le livret d'accueil : OUI NON

Remarques, critiques ou suggestions :

Prise en charge médicale :



5/ Etes-vous satisfait(e) des informations sur :

- Votre état de santé :
- Votre traitement :
- Les examens prescrits :

6/ Etes-vous satisfait(e) de la disponibilité de votre médecin :

Remarques, critiques ou suggestions :

Prise en charge paramédicale



7/ Sur les soins infirmiers, êtes-vous satisfait(e) :

- Des soins dispensés et conseils reçus :
- De leur disponibilité :
- Du respect de votre intimité :

8/ Etes-vous satisfait(e) des soins dispensés par :

- Les kinésithérapeutes :
- Les ergothérapeutes :
- Les orthophonistes :
- Les éducateurs sportifs :
- Le service social :
- La radiologie :

9/ Etes-vous satisfait(e) de la **disponibilité** :

- Des kinésithérapeutes :
- Des ergothérapeutes :
- Des orthophonistes :
- Des éducateurs sportifs :
- Du service social :
- De la radiologie :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques, critiques ou suggestions :

Prise en charge de la douleur

		
---	---	---

10/ Sur la prise en charge de votre douleur, êtes-vous satisfait(e) :

- De l'évaluation de votre douleur :
- Du soulagement de votre douleur :
- Des potentiels effets secondaires du traitement :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques, critiques ou suggestions :

Votre séjour

		
---	---	---

11/ Concernant les repas, êtes-vous satisfait(e) :

- De la qualité/quantité du repas :
- De la variété des menus :
- Du respect de votre choix :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12/ Etes-vous satisfait(e) de la propreté de votre chambre :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

13/ Etes-vous satisfait(e) de l'ambiance sonore de votre chambre :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

14/ Etes-vous satisfait(e) des prestations suivantes :

- Du service Animation :
- Du service « Bien-être » (coiffure, esthétique, pédicure) :
- Du téléphone :
- De la télévision :
- Du réseau Wi-Fi :
- Du parc arboré / des espaces verts :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques, critiques ou suggestions :

Votre sortie

		
---	---	---

15/ Avez-vous été informé(e) sur le traitement et les soins à suivre après votre sortie :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

16/ Les formalités administratives de sortie vous ont-elles été expliquées :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Votre appréciation d'ensemble

		
---	---	---

17/ Quelle appréciation générale donneriez-vous à votre séjour au CRRF :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous des remarques, des critiques ou des suggestions à nous adresser ?