

Enquête de satisfaction – REVALIDATION



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les circonstances vous ont amené(e) à être admis(e) dans ce service de revalidation. Il est essentiel pour nous de connaître votre appréciation au terme de votre séjour, en vue d'améliorer la qualité de nos services. Nous vous serions donc très reconnaissants de bien vouloir répondre à cette enquête et de ne pas oublier de le remettre dans la boîte-aux-lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par : le/la patient(e) un accompagnant du patient les deux ensemble
- Age du patient : _____ ans Sexe du patient : féminin masculin Code postal : _____
- Unité d'hospitalisation : C1 A2 C2
- Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) dans ce service ? Oui Non
- Auparavant, êtes-vous déjà venu(e) dans ce service en tant que patient ? Oui Non
- Pourquoi avez-vous choisi notre hôpital ? (Vous pouvez donner plusieurs réponses à cette question)

<input type="checkbox"/> L'hôpital a bonne réputation	<input type="checkbox"/> Suite à une suggestion du chirurgien ou du spécialiste
<input type="checkbox"/> Le service a bonne réputation	<input type="checkbox"/> Suite au conseil du médecin traitant
<input type="checkbox"/> Le médecin du service a bonne réputation	<input type="checkbox"/> Suite au conseil d'un proche
<input type="checkbox"/> Vous habitez à proximité de cet hôpital	<input type="checkbox"/> Suite à une expérience antérieure dans le service
<input type="checkbox"/> Des proches habitent à proximité de cet hôpital	<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas choisi
<input type="checkbox"/> Un proche y travaille	<input type="checkbox"/> Autre :

- Est-ce que le choix de ce service vous convenait ? Oui Non
- Vous êtes arrivé(e) dans ce service :
 - suite à un transfert d'un autre service de l'hôpital venant de votre domicile
 - suite à un transfert d'un service d'un autre hôpital venant d'une Maison de Repos
 - autre :
- Pour quelle principale raison avez-vous été hospitalisé(e) dans ce service?

<input type="checkbox"/> AVC (hémorragie, thrombose,..)	<input type="checkbox"/> Troubles neurologiques périphériques
<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Post-op neurochirurgie
<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> Maladie métabolique, endocrinienne ou infectieuse
<input type="checkbox"/> Sclérose	<input type="checkbox"/> Eveil de coma
<input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs du développement
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Autre :

- Lors de votre arrivée :
 - avez-vous ressenti cette hospitalisation en revalidation comme un séjour plutôt : souhaité forcé
 - vous vous sentiez : faiblement dépendant(e) moyennement dépendant(e) fortement dépendant(e)
- Vous avez principalement séjourné dans une chambre : individuelle commune
- Avez-vous rencontré un(e) assistant(e) social(e) pendant votre séjour ? Oui Non
Si oui, était-ce suite à une demande spontanée de votre part ? Oui Non
- Avez-vous rencontré un(e) psychologue pendant votre séjour ? Oui Non
- Avez-vous eu l'occasion de faire des sorties week-end avant votre sortie définitive ? Oui Non
- Avez-vous eu de la visite (famille, proches, ...) pendant votre séjour ? Peu Assez Trop
- Quelle aura été la durée totale de cette hospitalisation-ci dans ce service ? environ jour(s)

Ci-dessous, nous vous présentons une série de propositions qui correspondent à différents aspects d'un séjour en revalidation. Nous vous demandons d'entourer, pour chaque proposition, le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation, sur une échelle de 1 à 5 (de 1 = très insatisfaisant à 5 = très satisfaisant). Si vous n'avez pas été confronté(e) à l'aspect considéré, vous pouvez entourer les lettres NC (= Non Concerné).

	Très insatisfaisant ☹		☺	Très satisfaisant 😊	Non Concerné	
TRANSFERT ET ACCUEIL DANS LE SERVICE						
• Rencontre du personnel de revalidation avant transfert	1	2	3	4	5	NC
• Informations préparatoires au séjour (avant transfert)	1	2	3	4	5	NC
• Déroulement du transfert	1	2	3	4	5	NC
• Accueil dans le service par le personnel	1	2	3	4	5	NC
• Présentation du fonctionnement du service	1	2	3	4	5	NC
• Identification et présentation des personnes du service qui vous prennent en charge	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur les objectifs du séjour	1	2	3	4	5	NC
CHAMBRE ET COMMODITES						
• Confort et apparence de la chambre	1	2	3	4	5	NC
• Equipement adapté à votre état de santé	1	2	3	4	5	NC
• Accès et usage des TV, téléphone et Internet	1	2	3	4	5	NC
• Toilettes et salle de bains	1	2	3	4	5	NC
• Entretien et propreté des lieux	1	2	3	4	5	NC
• Espace et déplacements dans la chambre	1	2	3	4	5	NC
SOINS						
• Rencontre et disponibilité de l'infirmier(e)-chef d'unité	1	2	3	4	5	NC
• Disponibilité des infirmier(e)s	1	2	3	4	5	NC
• Qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur la nature des soins et traitements	1	2	3	4	5	NC
• Ecoute et suivi des demandes que vous exprimez	1	2	3	4	5	NC
• Attention portée à votre douleur	1	2	3	4	5	NC
• Disponibilité du ou des médecin(s)	1	2	3	4	5	NC
• Clarté des informations médicales	1	2	3	4	5	NC
• Qualité des soins médicaux	1	2	3	4	5	NC
• Suivi des informations médicales transmises et du traitement prescrit (par le chirurgien ou le médecin)	1	2	3	4	5	NC
• Qualité de la prise en charge par le neuropsychologue	1	2	3	4	5	NC
• Qualité de la prise en charge par le prothésiste	1	2	3	4	5	NC
• Evolution de votre prise en charge pendant le séjour	1	2	3	4	5	NC
• Apprentissage et conseils reçus par rapport à votre situation et à votre état de santé	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge globale de vos problèmes de santé	1	2	3	4	5	NC
• Collaboration entre les différents intervenants pour bien vous soigner	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité de poser des questions sur votre état de santé	1	2	3	4	5	NC
• Informations fournies aux proches	1	2	3	4	5	NC

	Très insatisfaisant		Très satisfaisant			Non Concerné
	☹			😊		
REPAS						
• Qualité des repas	1	2	3	4	5	NC
• Quantités servies au repas	1	2	3	4	5	NC
• Présentation des repas	1	2	3	4	5	NC
• Respect du régime alimentaire (prescrit ou personnel)	1	2	3	4	5	NC
• Respect du choix du menu	1	2	3	4	5	NC
• Aspect et confort de la salle à manger	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge par les diététiciens (repas adaptés)	1	2	3	4	5	NC
• Aide fournie par les ergothérapeutes pendant les repas	1	2	3	4	5	NC
SEJOUR						
• Informations sur les conditions financières du séjour	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur le déroulement et la durée du séjour	1	2	3	4	5	NC
• Informations sur vos droits et devoirs en tant que patient	1	2	3	4	5	NC
• Attention portée à vos habitudes et rythme de vie	1	2	3	4	5	NC
• Respect de votre intimité et de votre pudeur	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité de se reposer suffisamment	1	2	3	4	5	NC
• Respect des convictions religieuses et/ou personnelles	1	2	3	4	5	NC
• Sentiment de sécurité dans le service	1	2	3	4	5	NC
• Prise en charge par le service de brancardage	1	2	3	4	5	NC
• Organisation et horaires des visites	1	2	3	4	5	NC
• Respect du bien-être des patients par les visiteurs	1	2	3	4	5	NC
• Services commerciaux à disposition	1	2	3	4	5	NC
• Possibilité d'occupation pendant les temps libres	1	2	3	4	5	NC
• Lieu de divertissement et de détente	1	2	3	4	5	NC
• Accueil et soutien des bénévoles	1	2	3	4	5	NC
• Service de soins corporels (esthéticienne, coiffeuse,...)	1	2	3	4	5	NC
SERVICE SOCIAL						
• Aide et information du service social sur le plan administratif (mise en ordre des documents)	1	2	3	4	5	NC
• Aide apportée par le service social dans la préparation et l'organisation de la sortie	1	2	3	4	5	NC
• Ecoute et soutien du service social	1	2	3	4	5	NC
SORTIES PROGRAMMEES ET DEPART DU SERVICE						
• Organisation des sorties « week-end »	1	2	3	4	5	NC
• Préparation de la prise en charge extérieure	1	2	3	4	5	NC
• Préparation psychologique à la sortie	1	2	3	4	5	NC
• Implication du patient dans la prise de décision	1	2	3	4	5	NC

En fonction du ou des types de soins paramédicaux que vous avez reçus pendant votre séjour, pourriez-vous évaluer également les éléments suivants :

Prise en charge paramédicale	KINESITHERAPEUTE	ERGOTHERAPEUTE	LOGOPEDE
	<input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/> Non concerné
	☹ 1 2 3 4 5 ☺	☹ 1 2 3 4 5 ☺	☹ 1 2 3 4 5 ☺
• Identification/présentation	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Prise en charge adaptée	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Qualité des soins prodigués	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Qualité de la relation	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Respect de l'intimité/pudeur	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Salle/local de soins	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Entretien des locaux	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Attention portée à votre douleur	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Informations sur les soins	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Modernité des équipements	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Temps consacré	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
• Informations pour la sortie	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Prise en charge paramédicale	PSYCHOLOGUE		PSYCHOLOGUE
	<input type="checkbox"/> Non concerné		<input type="checkbox"/> Non concerné
	☹ 1 2 3 4 5 ☺		☹ 1 2 3 4 5 ☺
• Identification/présentation	1 2 3 4 5	• Qualité de la relation	1 2 3 4 5
• Prise en charge adaptée	1 2 3 4 5	• Lieu d'entretien adapté	1 2 3 4 5
• Attention portée à votre douleur	1 2 3 4 5	• Temps consacré	1 2 3 4 5
• Respect de l'intimité/pudeur	1 2 3 4 5	• Informations pour la sortie	1 2 3 4 5

EVLAUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre séjour** dans ce service de revalidation ?
 ☹ Très insatisfait(e) Insatisfait(e) Neutre Satisfait(e) ☺ Très satisfait(e)
- Si nécessaire, **recommanderiez-vous ce service** de revalidation à un proche (famille ou ami) ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement ☺ Certainement
- Vous êtes-vous senti(e) considéré(e) par le personnel comme **un(e) réel(le) partenaire de votre prise en charge** ?
 ☹ Pas du tout Plutôt pas Neutre Plutôt oui ☺ Tout à fait
- Ce séjour passé dans le service vous a-t-il permis de **vous sentir** :
1) sur le plan psychologique :
 Beaucoup moins bien Un peu moins bien Pareil Un peu mieux Beaucoup mieux
2) sur le plan physique :
 Beaucoup moins bien Un peu moins bien Pareil Un peu mieux Beaucoup mieux
- Vous sentez-vous **prêt(e) à quitter le service** de revalidation ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement ☺ Certainement

- Avez-vous des remarques ou des suggestions par rapport à votre séjour ou afin d'améliorer les services proposés ?

.....
.....
.....
.....
.....

Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées : Nom et prénom :

Adresse mail :

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire !