

Enquête de satisfaction

Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
Hôpitaux De Jour (HDJ) Adultes, Personnes âgées

Madame, Monsieur,

Attentifs à la qualité de l'accueil et des soins au sein de notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur votre prise en charge.

La réponse à cette enquête est à déposer dans la boîte aux lettres dédiée du service ou à remettre à un membre de l'unité de soins.

Vos réponses et commentaires seront traités de manière confidentielle et permettront d'engager des actions d'amélioration.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Quelle appréciation portez-vous sur :



L'ACCUEIL

L'accès à l'unité de soins (coordonnées téléphoniques, signalétique, stationnement, bus, accès personnes à mobilité réduite, sonnette, ...)

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

La signalisation à l'intérieur de l'unité

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

Les horaires d'accueil de l'unité

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

La qualité de l'accueil lors du début de votre prise en charge

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

Le délai d'attente pour le début de votre prise en charge

Moins d'1 semaine	Plus d'1 semaine	Plus de 15 jours	Plus d'1 mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le personnel s'est-il présenté lors de votre suivi (nom et fonction)

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

L'INFORMATION ET VOS DROITS

L'information sur les modalités de votre prise en charge, sur vos droits et vos devoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur le traitement et les soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de vos droits (intimité, dignité, confidentialité des informations vous concernant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

L'attention et l'intérêt témoignés par l'ensemble des professionnels à votre égard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins que vous recevez (avez reçus) (entretiens individuels et familles, semainiers....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les activités à visée thérapeutique proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en considération de votre douleur physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre souffrance psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES LOCAUX

Le confort des bureaux d'entretien (intimité, confort, mobilier, propreté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort des locaux communs (salle d'activités, salle à manger...) (confort, mobilier, propreté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La protection de vos biens personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA FIN DE PRISE EN CHARGE

L'organisation de la fin de votre prise en charge, si concerné(e) (information, relais, traitement...)	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Globalement, êtes-vous (avez-vous été) satisfait(e) de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

