

# Enquête de satisfaction – REVALIDATION

## Site de MONS



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer, il serait très intéressant que vous nous fassiez part de votre appréciation et de vos remarques concernant votre séjour dans notre service. En consacrant un court instant à remplir ce questionnaire, vous nous aiderez grandement à améliorer le service de qualité que nous voulons offrir à tous nos patients. A cet effet, pourriez-vous le déposer...

En vous remerciant d'avance pour votre contribution,

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par  le patient  
 un accompagnant du patient (membre de sa famille :  oui  non)  
 les deux ensemble
- Age du patient : \_\_\_\_\_ ans      Sexe du patient :  féminin  masculin      Code postal : \_\_\_\_\_
- Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) dans ce service ?  Oui  Non
- Etes-vous (le patient) déjà venu(e) dans ce service en tant que patient ?  Oui  Non
- Pourquoi avez-vous choisi l'hôpital X ? (Vous pouvez donner plusieurs réponses à cette question)
  - L'hôpital a bonne réputation
  - Le service a bonne réputation
  - Le médecin du service a bonne réputation
  - J'habite à proximité de cet hôpital
  - Mes proches habitent à proximité de cet hôpital
  - Un proche y travaille
  - Suite à une suggestion du chirurgien ou du spécialiste
  - Suite au conseil du médecin traitant
  - Suite au conseil d'un proche
  - Suite à une expérience antérieure dans le service
  - Je n'ai pas choisi
  - 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
  - suite à un transfert d'un service d'un autre hôpital
  - suite à un transfert d'un service d'un autre hôpital
  - autre : .....
  - venant de votre domicile
  - venant d'une Maison de Repos
- Pour quelle principale raison avez-vous été hospitalisé(e) dans ce service?

<input type="checkbox"/> <u>Pour une raison orthopédique</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pour une raison neurologique</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pour une autre raison médicale</u>
Si oui, laquelle :	Si oui, laquelle :	Si oui, laquelle :
<input type="checkbox"/> prothèse (hanche, genou, fémur, épaule,...) <input type="checkbox"/> amputation <input type="checkbox"/> fracture(s) (unique ou multiple) <input type="checkbox"/> chirurgie de la colonne (hernie discale, canal lombaire étroit,...) <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> AVC (hémorragie, thrombose,..) <input type="checkbox"/> maladie de Parkinson <input type="checkbox"/> traumatisme crânien <input type="checkbox"/> sclérose <input type="checkbox"/> tumeur cérébrale <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> problème cardiaque <input type="checkbox"/> problème vasculaire <input type="checkbox"/> problème pulmonaire <input type="checkbox"/> problème intestinal/stomacal <input type="checkbox"/> suite à un cancer <input type="checkbox"/> suite à une greffe <input type="checkbox"/> autre : .....

- Lors de votre arrivée :
  - avez-vous ressenti cette hospitalisation en revalidation comme un séjour plutôt :  souhaité  forcé
  - vous êtes-vous senti(e) :
    - 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 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	
<u>Transfert et accueil dans le service</u>						
- 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
- Informations sur les conditions financières du séjour	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
<u>Chambre et commodités</u>						
- 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 et téléphone	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
<u>Soins</u>						
- Rencontre suffisante du médecin	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
- Qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5	NC
- Disponibilité des infirmières	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
- Gestion de la douleur	1	2	3	4	5	NC
- Qualité de la prise en charge par le psychologue	1	2	3	4	5	NC
- Qualité de la prise en charge par le prothésiste	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
- Informations fournies aux proches	1	2	3	4	5	NC
- Evolution de votre prise en charge pendant le séjour	1	2	3	4	5	NC

	Très Insatisfaisant ☹		☺	Très Satisfaisant ☺		Non Concerné
<u>Repas</u>						
- 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
- Variété des repas/menus	1	2	3	4	5	NC
- Horaire des repas	1	2	3	4	5	NC
- Température 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
<u>Séjour</u>						
- Informations sur le déroulement et la durée du séjour	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 du culte	1	2	3	4	5	NC
- Sentiment de sécurité dans le service	1	2	3	4	5	NC
- Organisation des visites	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, pédicure,...)	1	2	3	4	5	NC
<u>Service social</u>						
- 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
<u>Sorties programmées et départ du service</u>						
- 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, pouvez-vous évaluer également les éléments suivants (page suivante) :

Prise en charge paramédicale :	<b>KINESITHERAPEUTE</b> <input type="checkbox"/> Non concerné	<b>ERGOTHERAPEUTE</b> <input type="checkbox"/> Non concerné	<b>LOGOPEDE</b> <input type="checkbox"/> Non concerné	
	☹      ☺      ☺	☹      ☺      ☺	☹      ☺      ☺	
	- 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
	- Gestion de la 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 :	<b>PSYCHOLOGUE</b> <input type="checkbox"/> Non concerné		<b>PSYCHOLOGUE</b> <input type="checkbox"/> Non concerné	
	☹      ☺      ☺		☹      ☺      ☺	
	- Identification/présentation	1 2 3 4 5	- Attention à la douleur	1 2 3 4 5
	- Prise en charge adaptée	1 2 3 4 5	- Temps consacré	1 2 3 4 5
- Qualité de la relation	1 2 3 4 5	- Informations pour la sortie	1 2 3 4 5	

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de ce séjour** dans le service de revalidation ?  
 Très mécontent(e)     Assez mécontent(e)     Neutre     Assez satisfait(e)     Très satisfait(e)
- Si nécessaire, **recommanderiez-vous ce service** de revalidation à un proche (membre de votre famille ou ami) ?  
 Certainement pas     Probablement pas     Neutre     Probablement     Certainement
- Le séjour passé dans le service vous a-t-il permis de **vous sentir** :
  - sur le plan psychologique** :  
 Beaucoup moins bien     Un peu moins bien     Pareil     Un peu mieux     Beaucoup mieux
  - 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

- Remarques et/ou suggestions :

.....  
 .....

- Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées :

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : ..... Code postal : .....

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