



VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

A l'issue de ce stage dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, vous pourrez le transmettre à la secrétaire du centre.

Vos réponses seront prises en considération par la direction et l'équipe médicale ; elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service à l'égard de nos patients.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION
CENTRE DE RÉHABILITATION RESPIRATOIRE ET DE RÉENTRAÎNEMENT A L'EFFORT
 Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (x) la case de votre choix.
 TB = Très Bien, B = Bien, P= Passable, M= Mauvais

Comment jugez-vous ?	TB	B	P	M
L'ACCUEIL				
L'accueil au secrétariat				
L'accueil dans le service				
LE CENTRE EN GÉNÉRAL				
Les accès – le stationnement				
La signalétique externe				
La signalétique interne				
La propreté du bâtiment (entrée, couloirs, ascenseurs...)				
LES SALLES DE SOINS				
Le confort				
Le calme				
Le matériel				
La propreté				
VOS REPAS				
La qualité des repas				
La variété des plats				
Les quantités servies				
Le respect de votre régime				
LES ÉQUIPES SOIGNANTES (Infirmière, Kinésithérapeute, Diététicienne, Psychologue, Professeur de yoga...)				
La disponibilité et l'écoute des équipes soignantes				
La clarté des informations données par l'équipe soignante				
La prise en compte de votre douleur				
LES MÉDECINS				
La disponibilité et l'écoute des médecins				
La clarté des informations données par les médecins				
Le suivi médical				
L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE				
La clarté des cours concernant votre pathologie				
La qualité des supports utilisés durant les cours				
La clarté des informations sur votre régime diététique				
VOTRE APPRÉCIATION GLOBALE SUR LE CENTRE				

Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

Nom du patient :

Date de début de stage :

Date de fin de stage :

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !