

Questionnaire de satisfaction pour l'utilisateur et ses proches Réadaptation













































Madame, Monsieur,

Nous sommes heureux de vous accompagner dans votre réadaptation. La **qualité** des soins et des services que nous offrons étant **importante**, nous vous invitons à donner votre opinion en remplissant ce questionnaire de satisfaction. Le questionnaire est anonyme et les informations seront traitées de façon confidentielle. **Merci** de votre collaboration!

Une fois rempli, veuillez SVP déposer le formulaire dans l'une des boîtes prévues à cet effet dans les unités de soins.

Date : _____

Unité : 1B ➔ 1C ➔ 2B ➔ 2C ➔

ACCUEIL	OUI	NON		
1) J'ai été bien accueilli(e) à mon arrivée.				
2) J'ai reçu l'aide nécessaire pour m'installer à mon arrivée.				
3) J'ai compris la raison de mon hospitalisation en réadaptation.				
INFORMATION / COMMUNICATION	Toujours	En général	Parfois	Jamais
4) J'ai reçu de l'information claire sur les traitements et les médicaments avant de les débuter.				
5) Le personnel connaît bien l'évolution de mon état de santé.				
6) La communication avec le personnel est claire et me permet de bien comprendre.				
7) Je sens que les informations à mon sujet sont traitées de façon confidentielle.				
SOINS ET TRAITEMENTS	Toujours	En général	Parfois	Jamais
8) Je participe autant que je le veux <u>aux décisions</u> qui me concernent.				
9) Je participe <u>à mes soins</u> autant que je le souhaite.				
10) Mon intimité est respectée lors des soins et des traitements.				
11) Je reçois de l'aide dans un délai raisonnable lorsque j'utilise la cloche d'appel.				
12) Ma douleur est bien contrôlée et je suis confortable.				
13) Je reçois des soins qui répondent à mes besoins.				
14) Les équipements pour m'aider à me déplacer (chaises roulantes, marchettes, barres d'appui) sont adéquats et adaptés à mes besoins.				

QUALITÉ DE VIE	Toujours	En général	Parfois	Jamais
15) Le personnel tient compte de mes valeurs culturelles et spirituelles.				
16) Le personnel me traite avec courtoisie, respect et compassion.				
17) Les repas sont bons, variés et à la bonne température.				
18) Les lieux sont propres (ex : ma chambre, le salon et la salle de toilette).				
19) Le personnel est souriant et me traite avec douceur.				
20) Le personnel me procure du soutien et des conseils.				
21) Le secteur autour de ma chambre est tranquille.				
22) J'ai le sentiment d'être en sécurité.				
23) Je bénéficie de temps de loisir et d'activités diverses.				

CONGÉ ET SUIVI	OUI	NON	Ne s'applique pas
24) Lors de mon séjour, j'ai reçu l'information sur la planification de mon congé (date probable de congé, prise de rendez-vous, suivi avec le CLSC etc.).			
25) Au moment de mon départ, je connaissais mes médicaments et je savais à qui m'adresser si mon état de santé venait à se détériorer.			

ÉVALUATION GLOBALE

Sur une échelle de 1 à 10, quelle serait votre évaluation globale de l'Hôpital Marie-Clarac?

1 = Pire hôpital qui soit 10 = Meilleur hôpital qui soit

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

Recommanderiez-vous l'Hôpital Marie-Clarac à votre famille ou à vos amis? **OUI** **NON**

Avez-vous des commentaires ou des suggestions à partager?

Auriez-vous aimé remplir ce questionnaire en ligne? **OUI** **NON**

Un grand merci de la direction générale!