

***Questionnaire de satisfaction pour l’usager 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. Vous pouvez aussi le compléter par Internet à l’adresse : sondage-hmc.ca.

**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.
 |  |  |
| 1. J’ai reçu l’aide nécessaire pour m’installer à mon arrivée.
 |  |  |
| 1. J’ai compris la raison de mon hospitalisation en réadaptation.
 |  |  |
| **INFORMATION / COMMUNICATION** | **Toujours** | **En général** | **Neutre** | **Parfois** | **Jamais** |
| 1. J’ai reçu de l’information claire sur les traitements et les médicaments avant de les débuter.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Le personnel connait bien l’évolution de mon état de santé.
 |  |  |  |  |  |
| 1. La communication avec le personnel est claire et me permet de bien comprendre.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Je sens que les informations à mon sujet sont traitées de façon confidentielle.
 |  |  |  |  |  |
| **SOINS ET TRAITEMENTS** | **Toujours** | **En général** | **Neutre** | **Parfois** | **Jamais** |
| 1. Je participe autant que je le veux aux décisions qui me concernent.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Je participe à mes soins autant que je le souhaite.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Mon intimité est respectée lors des soins et des traitements.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Je reçois de l’aide dans un délai raisonnable lorsque j’utilise la cloche d’appel.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Ma douleur est bien contrôlée et je suis confortable.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Je reçois des soins qui répondent à mes besoins.
 |  |  |  |  |  |
| 1. 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** | **Neutre** | **Parfois** | **Jamais** |
| 1. Le personnel tient compte de mes valeurs culturelles et spirituelles.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Le personnel me traite avec courtoisie, respect et compassion.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Les repas sont bons, variés et à la bonne température.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Les lieux sont propres (ex : ma chambre, le salon et la salle de toilette).
 |  |  |  |  |  |
| 1. Le personnel est souriant et me traite avec douceur.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Le personnel me procure du soutien et des conseils.
 |  |  |  |  |  |
| 1. Le secteur autour de ma chambre est tranquille.
 |  |  |  |  |  |
| 1. J’ai le sentiment d’être en sécurité.
 |  |  |  |  |  |
| **CONGÉ ET SUIVI** | **OUI** | **NON** | **S/O** |
| 1. 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).
 |  |  |  |
| 1. 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 soit10= Meilleur hôpital qui soit1☐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 été informé de la procédure pour formuler une plainte écrite ou verbale de façon confidentielle au commissariat aux plaintes et à la qualité des services, en cas de besoin? |  |  |

|  |
| --- |
| Avez-vous des commentaires ou des suggestions à partager? |
|  |
|  |

*Un grand merci de la direction générale!*