QUESTIONNAIRE DE SORTIE

A la fin de votre séjour au centre de Réadaptation Fonctionnelle de Quingey, nous vous demandons de bien vouloir nous faire part de votre appréciation sur votre séjour, au moyen du présent questionnaire, et de le remettre au bureau de la surveillante du service, ou au bureau de l'accueil.

Date d'entrée :…….Date de sortie :……

L'ACCUEIL RECU LE JOUR DE VOTRE ARRIVEE :

○ **TRES SATISFAIT** ○ **SATISFAIT** ○ **PEU SATISFAIT** ○ **PAS DU TOUT SATISFAIT**

LA QUALITE DES SOINS DISPENSES :

	TRES SATISFAIT	**SATISFAIT**	**PEU SATISFAIT**	**PAS DU TOUT SATISFAIT**
PAR L'EQUIPE MEDICALE	○	○	○	○
PAR LE PERSONNEL DES SOINS INFIRMIERS	○	○	○	○
PAR LE PERSONNEL DE REEDUCATION	○	○	○	○

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

○ **TRES SATISFAIT** ○ **SATISFAIT** ○ **PEU SATISFAIT** ○ **PAS DU TOUT SATISFAIT**

L'ATTENTION DU PERSONNEL :

○ **TRES SATISFAIT** ○ **SATISFAIT** ○ **PEU SATISFAIT** ○ **PAS DU TOUT SATISFAIT**

LA PRESTATION HOTELIERE :

	TRES SATISFAIT	**SATISFAIT**	**PEU SATISFAIT**	**PAS DU TOUT SATISFAIT**
VOTRE CHAMBRE	○	○	○	○
LE SERVICE	○	○	○	○

LES REPAS :

Merci d'indiquer si vous suivez un régime particulier : ○ oui ○ non

	TRES SATISFAIT	**SATISFAIT**	**PEU SATISFAIT**	**PAS DU TOUT SATISFAIT**
QUALITE	○	○	○	○
QUANTITE	○	○	○	○
TEMPERATURE	○	○	○	○

APPRECIATION D'ENSEMBLE DE VOTRE SEJOUR :

○ **TRES SATISFAIT** ○ **SATISFAIT** ○ **PEU SATISFAIT** ○ **PAS DU TOUT SATISFAIT**

Avez vous des commentaires et des suggestions à formuler ?……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
(facultatif) NOM ……..……PRENOM ……Signature