

→ VOS CROYANCES RELIGIEUSES : Ont-elles été respectées ? ☐ oui ☐ non ☐ sans objet non concerné

→ LE TÉLÉPHONE : Avez-vous été satisfait de ce service ? ☐ ☐ ☐

→ MULTIMÉDIA : Avez-vous été satisfait de l'utilisation
De l'Internet ? ☐ ☐ ☐
de la télévision ? ☐ ☐ ☐

→ APPRÉCIATION GLOBALE DU SÉJOUR _____ ☐ ☐ ☐ ☐
Au moment de quitter le centre,
votre satisfaction est dans l'ensemble : ☐ ☐ ☐ ☐

→ VOS OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :

→ VOS COORDONNÉES (facultatif)

Date _____

La Direction du Centre Te Tiare vous remercie pour votre collaboration.



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame, Monsieur,
Vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer la qualité
du séjour des patients qui nous sont confiés et de mieux répondre à
leurs attentes.

CE DOCUMENT SERA TRAITÉ PAR LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT
Merci de le remettre à la secrétaire lors de votre sortie !






→ SERVICE(S) FRÉQUENTÉS _____
☐ Service Tiare ☐ Service Taina ☐ Service Tipaniers

→ L'ACCUEIL : Avez-vous été satisfait _____ ☐ ☐ ☐ ☐
Lors des formalités administratives ? ☐ ☐ ☐ ☐
Dans l'unité d'hospitalisation ? ☐ ☐ ☐ ☐

→ LES SOINS, INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS : Avez-vous été satisfait
De la qualité des soins ? _____ de jour ☐ ☐ ☐ ☐
de nuit ☐ ☐ ☐ ☐
De la disponibilité du personnel ? ☐ ☐ ☐ ☐
Du délai de réponse aux sonnettes ? ☐ ☐ ☐ ☐

→ LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR _____ oui non sans objet non concerné
Avez-vous pu parler avec l'équipe de votre douleur ? ☐ ☐ ☐
Un traitement vous a-t-il été donné rapidement ? ☐ ☐ ☐
Avez-vous eu une évaluation régulière de votre douleur ? ☐ ☐ ☐

→ **LA RÉÉDUCATION : Avez-vous été satisfait**

De la qualité des séances ou des conseils ?     

en kinésithérapie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

en ergothérapie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

en diététique ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

en orthophonie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

en neuropsychologie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

De l'assistance apportée par les aides de rééducation ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

→ **LE SERVICE MÉDICAL DU CENTRE : Avez-vous été satisfait des prestations**

Du médecin généraliste ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐





Du médecin spécialiste en rééducation ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

De la secrétaire médicale ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

→ **VOTRE SUIVI MÉDICAL OU CHIRURGICAL : Avez-vous été satisfait**

Du suivi réalisé par le spécialiste qui vous a adressé au Centre (médecin ou chirurgien) ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

→ **LES RELATIONS ET LES SOINS : Avez-vous été satisfait**






De l'identification du personnel ?    

Des relations avec le personnel du service ? ☐ ☐ ☐ ☐

Du respect de votre intimité et de votre dignité ? ☐ ☐ ☐ ☐

Du respect de la confidentialité ? ☐ ☐ ☐ ☐

→ **L'AIDE ADMINISTRATIVE DU CENTRE : Avez-vous été satisfait des services**

De la secrétaire administrative (*bureau d'accueil*) ?     

Sa disponibilité ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La qualité des prestations ou des conseils ☐ ☐ ☐ ☐ ☐





De l'assistante sociale ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sa disponibilité ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

La qualité des informations ou des conseils ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Le résultat des démarches entreprises ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

→ **L'INFORMATION : Avez-vous été satisfait**

Des informations données ?    

Par les médecins ☐ ☐ ☐ ☐

Par les secrétaires médicales ☐ ☐ ☐ ☐

Par l'équipe soignante (IDE/AS/AV) ☐ ☐ ☐ ☐

Par l'équipe de rééducation (*kiné, ergo, diététicienne, orthophoniste, neuropsych*) ☐ ☐ ☐ ☐

Des informations concernant votre sortie :

Vous a-t-on informé suffisamment tôt de la date et de l'heure de votre sortie ? ☐ ☐ ☐ ☐

Les informations concernant votre sortie (*traitement, régime...*) ont-elles été claires ? ☐ ☐ ☐ ☐

→ **ACCESSIBILITÉ : Avez-vous pu accéder facilement**





Aux services proposés par le Centre ? ☐ oui ☐ non ☐ sans objet non concerné

La bibliothèque ☐ ☐ ☐

Les animations (*loto, anniversaires, fêtes de Noël...*) ☐ ☐ ☐

Les distributeurs de boissons (*fraîches, chaudes*) ☐ ☐ ☐

→ **LE CONFORT : Avez-vous été satisfait**

De l'hôtellerie ?    

De l'équipement des chambres ☐ ☐ ☐ ☐

Le service d'entretien de l'établissement (*propreté de la chambre*) ☐ ☐ ☐ ☐

Le service de nettoyage extérieur (*parties communes*) ☐ ☐ ☐ ☐

La disponibilité du personnel du service de maintenance ☐ ☐ ☐ ☐

La qualité du service de maintenance ☐ ☐ ☐ ☐

Des repas ? ☐ ☐ ☐ ☐

Le service des repas ☐ ☐ ☐ ☐

La qualité des repas ☐ ☐ ☐ ☐

→ **L'ENVIRONNEMENT : Avez-vous été incommodé par le bruit**

Le jour ? ☐ oui ☐ non

La nuit ? ☐ ☐

Si oui, quelle est la nature des bruits : _____