

Lieu de soins :

Le :



Très satisfait(e)



Assez satisfait(e)



Assez peu satisfait(e)



Pas du tout satisfait(e)



Non concerné(e)

Votre avis nous aide à mieux vous accompagner et à mieux vous soigner. Il restera confidentiel mais sera lu et pris en compte.  
**Que pensez-vous de votre séjour ?**

J'ai reçu mon livret d'accueil :      Oui       Non

L'accueil à votre arrivée					
A mon arrivée j'ai été satisfait(e) :					
• Des délais d'attente au CPAU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De l'accueil dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De l'accueil adapté à mon handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De la signalisation des différents lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De l'identification des fonctions des professionnels dans l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'information					
J'ai eu les informations et/ou les explications nécessaires sur :					
• Mes droits et devoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La possibilité de désigner une personne à prévenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le fonctionnement du service (horaires repas, visite du service, horaires des traitements, visites des proches...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La possibilité pour mes proches de rencontrer mon médecin référent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prise en charge médicale					
J'ai eu l'information et je suis satisfait(e) de :					
• L'information sur ma pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'information sur la prescription et le rôle de chaque médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La disponibilité du médecin pour les entretiens médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prise en charge pluriprofessionnelle					
J'ai eu l'information et je suis satisfait(e) de(s) :					
• L'information de la dernière ordonnance en cours (des changements de traitements et effets secondaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Éducateurs spécialisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aides-soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Agents de services Hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Assistants sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le respect de la confidentialité dans la prise en charge soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page



J'ai été satisfait(e) de :					
• Le respect de mon intimité et de ma dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La prise en compte de ma douleur physique le jour de mon arrivée et tout le long de mon hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La prise en charge des activités thérapeutiques dans l'unité (cuisine, esthétique, relaxation, activités manuelles, écriture, langage, sorties...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La disponibilité des infirmiers pour les entretiens infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'accompagnement du projet de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du relai avec d'autres services de l'EPSM en fonction des besoins de ma prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les services proposés et l'environnement					
J'ai été satisfait(e) des services :					
• Du PETAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du NERVAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De la Médiathèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De la télévision de l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De l'accès à la téléphonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De l'espace vert et l'environnement du parc de l'EPSM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les prestations hôtelières					
J'ai été satisfait(e) de :					
• L'hygiène de ma chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La chambre adaptée à mes besoins (mobilier, accès, adaptabilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'hygiène de l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les prestations alimentaires					
• Mon régime alimentaire prescrit a-t-il été pris en compte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les repas vous ont-ils paru de qualité ? Si non, pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les textures sont-elles adaptées à vos besoins (hachées, mixées, moulignées...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous des suggestions d'amélioration sur l'organisation des repas ?					

Concernant l'ensemble de mon hospitalisation j'ai été :

Très satisfait(e)	Assez satisfait(e)	Assez peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)
-------------------	--------------------	------------------------	--------------------------



Souhaitez-vous apporter des remarques sur l'ensemble de votre prise en charge ?