



Fondation Edith Seltzer

## Questionnaire de sortie Centre Médical Chant'Ours

Votre séjour au Centre Médical Chant'Ours se termine, votre avis nous intéresse afin d'améliorer la qualité de nos prestations.

Merci de déposer ce questionnaire à l'accueil ou de nous le renvoyer par courrier.

**Centre Médical Chant'Ours - Service Qualité**  
**118 route de Grenoble - 05107 Briançon**

**Votre unité de soins :**





- ☐ Médecine Polyvalente   ☐ Gériatrie   ☐ Psychiatrie  
☐ Diabétologie   ☐ Maladies Digestives   ☐ Nutrition   ☐ Addictologie

**Votre date de sortie :** Mois ..... Année .....

**Questionnaire complété :**

- ☐ Par le patient   ☐ Avec l'aide d'un proche   ☐ Avec l'aide d'un soignant

### SATISFACTION À VOTRE ARRIVÉE

|                                    |  |  |  |  | NC                    |
|------------------------------------|---|---|---|---|-----------------------|
| À l'accueil (réception)            | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Dans l'unité de soins              | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Livret d'accueil                   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Facilité à trouver l'établissement | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

### REMARQUES

.....

.....

.....

## PRESTATION HÔTELIÈRE

### Hébergement



Confort/Équipements adaptés

☐
☐
☐
☐

Propreté de la chambre

☐
☐
☐
☐

Entretien du linge de lit

☐
☐
☐
☐

Panneaux d'orientation dans l'établissement

☐
☐
☐
☐

### Restauration

Horaires/Durée

☐
☐
☐
☐

Quantité

☐
☐
☐
☐

Variété

☐
☐
☐
☐

Goût

☐
☐
☐
☐

Respect des régimes

☐
☐
☐
☐

### Transport par un véhicule de l'établissement (hors Service Socio-thérapeutique)

Chauffeurs

☐
☐
☐
☐

Véhicules confortables/adaptés

☐
☐
☐
☐

Propreté du véhicule

☐
☐
☐
☐

### REMARQUES

.....

.....

## INFORMATION



Information sur votre état de santé

☐
☐
☐
☐

Information sur vos traitements/examens

☐
☐
☐
☐

Organisation de votre sortie

☐
☐
☐
☐

Information sur vos droits (consentement, charte du patient...)

☐
☐
☐
☐





### REMARQUES

.....

.....

.....

## QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

|   |  |  |  |  | NC                    |
|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Médecin   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Infirmier(ère)                                  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Aide-soignant(e)                                | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Agent de service hospitalier                    | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Psychologue                                     | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Diététicien(ne)                                 | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Rééducateur(trice) : <i>kiné, enseignant(e)</i> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| <i>APA, ergothérapeute, psychomotricien(ne)</i> |   |   |   |   |                       |
| <i>Assistant(e) social(e)</i>                   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Service Socio-thérapeutique (Animation)         | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Prise en charge de votre douleur                | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

### REMARQUES

.....

.....

## LE PERSONNEL EST-IL ?

|                           | FACILE À IDENTIFIER                                 | DISPONIBLE À L'ÉCOUTE                               | AIMABLE   |
|---------------------------|---|---|---|
| Personnel administratif   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Personnel soignant        | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Personnel d'entretien     | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Personnel de restauration | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Personnel d'animation     | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |





### REMARQUES

.....

.....

.....

## RESPECT DE VOS DROITS PAR LE PERSONNEL

|                 |  |  |  |  |
|-----------------|---|---|---|--|
| Dignité/Respect | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Intimité        | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Confidentialité | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |

### Avez-vous été informé de l'existence de :

- La Commission des usagers    ☐ Oui    ☐ Non  
La Référente des usagers    ☐ Oui    ☐ Non  
Les représentants des usagers    ☐ Oui    ☐ Non

### REMARQUES

.....

.....

.....

## VOTRE SÉJOUR

|                                |  |  |  |  |
|--------------------------------|---|---|---|--|
| Satisfaction globale du séjour | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |

### REMARQUES ET SUGGESTIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.**

Vous pouvez le déposer à l'accueil ou nous le renvoyer par courrier.

**Centre Médical Chant'Ours - Service Qualité**  
**118 route de grenoble - 05107 Briançon**