



Questionnaire Revalidation

Je suis hospitalisé
dans l'unité de soins :

1. Vous êtes de sexe :

Féminin Masculin

2. Quel est votre âge?

< 30 30 - 44 45 - 59 60 - 74 75 - 84 > 84

A. Séjour

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :



A.1. Globalement, je suis satisfait(e) de mon séjour en revalidation .

A.2. Avant mon hospitalisation ou au moment de mon transfert en revalidation, j'ai été bien informé(e) des conditions d'hospitalisation (informations pratiques et financières).

A.3. L'accueil était serviable et a répondu à mes attentes.

A.4. Tout au long de mon séjour, j'ai reçu une information claire sur le déroulement de la journée et sur la nature des soins.

A.5. Les locaux étaient bien entretenus (chambre, salle de séjour, couloirs, salle de kinésithérapie, salle d'ergothérapie,...).

A.6. En cas d'examen(s) effectué(s) en dehors de l'unité de soins, j'ai apprécié la prise en charge.

A.7. J'ai apprécié la qualité des repas.

A.8. La chambre était confortable (lit, fauteuil, sanitaires,...).

A.9. Je me suis senti(e) en sécurité à l'hôpital.

A.10. L'appareillage était de qualité (fauteuil roulant, prothèses, attelles,...).

A.11. Ma pudeur et mon intimité ont été respectées.

A.12. Le personnel s'est préoccupé de soulager rapidement mes douleurs.

A.13. J'ai été impliqué(e) dans les décisions qui me concernaient.

B. Accompagnement médical

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :



B.1. Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité.

B.2. Les médecins ont été accueillants, à l'écoute et sensibles à mes besoins.

B.3. J'ai reçu de la part des médecins des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement.

B.4. J'ai reçu de la part des médecins les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (conseils, prescriptions, poursuite du traitement).



C. Accompagnement infirmier et aide-soignant

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :



- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.1. Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.2. Les infirmiers et les aides-soignants ont été accueillants, à l'écoute et sensibles à mes besoins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.3. J'ai reçu de la part des infirmiers et des aides-soignants des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.4. J'ai reçu de la part des infirmiers et des aides-soignants les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. Accompagnement par le(s) kinésithérapeute(s)

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :



- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| D.1. Je pense que les soins délivrés par le(s) kinésithérapeute(s) sont de bonne qualité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D.2. Le(s) kinésithérapeute(s) ont été accueillant(s), à l'écoute et sensible(s) à mes besoins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D.3. J'ai reçu de la part du (des) kinésithérapeute(s) des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D.4. J'ai reçu de la part du (des) kinésithérapeute(s) les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (conseils, poursuite du traitement). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. Accompagnement par le(s) ergothérapeute(s)

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :



- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| E.1. Je pense que les soins délivrés par le(s) ergothérapeute(s) sont de bonne qualité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E.2. Le(s) ergothérapeute(s) ont été accueillant(s), à l'écoute et sensible(s) à mes besoins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E.3. J'ai reçu de la part du (des) ergothérapeute(s) des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E.4. J'ai reçu de la par du (des) ergothérapeute(s) les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (conseils, poursuite du traitement). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Accompagnement par l'assistant social

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :

F.1. Je pense que l'accompagnement proposé par l'assistant social est de bonne qualité.

					Non Concerné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F.2. L'assistant social a été accueillant, à l'écoute et sensible à mes besoins.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

F.3. J'ai reçu de la part de l'assistant social des réponses claires et compréhensibles à mes questions.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

F.4. J'ai reçu de la part de l'assistant social les conseils et l'aide nécessaires pour ma sortie de l'hôpital.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

G. Accompagnement par les autres soignants paramédicaux (diététicienne, logopède, neuropsychologue, psychologue,...)

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :

G.1. Je pense que les soins délivrés par les autres soignants paramédicaux sont de bonne qualité.

					Non Concerné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G.2. Les autres soignants paramédicaux ont été accueillants, à l'écoute et sensibles à mes besoins.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

G.3. J'ai reçu de la part des autres soignants paramédicaux des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

G.4. J'ai reçu de la part des autres soignants paramédicaux les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (conseils, poursuite du traitement).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

H. Fidélité

Êtes-vous d'accord avec l'affirmation ci-dessous :

H.1. Si je devais à nouveau être hospitalisé(e), je choisirais le même hôpital.

				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H.2. Recommanderiez-vous notre hôpital à votre entourage?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

I. Remplissage du questionnaire

I. 1. Ce questionnaire a été rempli par : Le patient
 Le patient accompagné
 La famille du patient

