



### CLINIQUE FONTFROIDE

*Rééducation de l'appareil locomoteur  
Réadaptation cardiaque*

1800, rue Saint Priest - Parc Euromédecine  
34097 Montpellier Cedex 5  
Tél : 04 67 61 79 79 - Fax : 04 67 61 78 56

#### LES REPAS

Votre régime a-t-il été respecté ?  Oui  Non  Je ne suis pas concerné

Concernant la saveur des repas, êtes-vous :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Concernant la quantité des aliments, êtes-vous :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Concernant la variété des repas, êtes-vous :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Concernant la température des repas, êtes-vous :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Concernant le service en salle à manger, êtes-vous :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Observations .....  
.....  
.....

#### LE LIVRET D'ACCUEIL DE L'HOSPITALISATION DE JOUR

Le contenu du livret d'accueil est-il :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Insatisfaisant

Voudriez-vous y trouver d'autres informations ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? .....  
.....

Vous êtes-vous connecté sur le site internet de la clinique Fontfroide ?  Oui  Non

L'ensemble de votre séjour à la clinique Fontfroide était-il :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Insatisfaisant

Observations, remarques et/ou suggestions .....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Questionnaire d'appréciation en hospitalisation de jour

*En cas de réclamation particulière, merci de contacter la Direction avant votre sortie.*

**Notre souci constant de qualité repose sur vos appréciations et suggestions.  
Vos réponses à ce questionnaire nous permettent d'améliorer nos pratiques.**

*Avant de quitter l'établissement, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire. Destiné à recueillir votre avis sur l'ensemble de votre séjour parmi nous, vous pouvez le remettre à l'accueil ou à la Directrice des Soins.*

Nom ..... Prénom .....  
Date d'entrée ..... Date de sortie .....

*Les réponses sont traitées de façon anonyme.*

### L'ACCUEIL À LA CLINIQUE FONTFROIDE

Lors de votre admission à la clinique Fontfroide, vous avez été :

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Observations .....  
.....  
.....

### LA PROGRAMMATION DE VOTRE HOSPITALISATION

Les informations qui vous ont été données sur la programmation de votre hospitalisation ont-elles été :

Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Peu satisfaisantes  Insatisfaisantes

La durée de votre hospitalisation a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

### LE DÉROULEMENT DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Les délais d'attente entre vos différentes activités ont-ils été :

Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Insatisfaisants

Si vous n'êtes pas satisfait, avez-vous eu des explications sur ces délais ?  Oui  Non

### LES SOINS

Les soins de rééducation qui vous ont été dispensés ont-ils été :

Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Insatisfaisants

La disponibilité du personnel soignant du service d'hospitalisation de jour était-elle :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

Si vous avez éprouvé de la douleur durant votre séjour, êtes-vous satisfait de sa prise en charge par l'équipe de soins ?

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Si vous n'avez pas été satisfait, quelle en est la cause ? .....  
.....  
.....

### LE TRANSPORT

Le respect des horaires de transport par les sociétés de VSL ou d'ambulances a-t-il été :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Insatisfaisant

L'accompagnement réalisé par les brancardiers lors de vos déplacements internes dans les différents services (horaires, confort, sécurité ...) a-t-il été :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Insatisfaisant

### L'INFORMATION DURANT VOTRE SÉJOUR

L'information relative à votre état de santé a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

L'information relative à l'organisation de votre prise en charge a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

L'information relative au fonctionnement de la clinique Fontfroide a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

### DURANT VOTRE SÉJOUR

Le respect de votre intimité, de votre dignité, et des règles de confidentialité ont-ils été :

Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Insatisfaisants

Observations .....  
.....  
.....

### LE PERSONNEL

L'amabilité du personnel administratif a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

L'amabilité du personnel soignant a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

L'amabilité du personnel soignant du plateau technique de rééducation a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

### LES LOCAUX DE LA CLINIQUE FONTFROIDE

Durant votre séjour, l'adaptation des locaux vous a-t-elle semblé :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

Durant votre séjour, la propreté des locaux vous a-t-elle semblé :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

Durant votre séjour, le confort des locaux vous a-t-il semblé :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Insatisfaisant