



**CLINIQUE FONTFROIDE**

*Rééducation de l'appareil locomoteur  
Réadaptation cardiaque*

*Unité pour patients en état de conscience altérée ou pauci-relationnel*

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 .....  
.....  
.....

**LA SORTIE**

**La préparation de votre sortie a-t-elle été :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

**Les informations reçues lors de la sortie pour la suite de votre prise en charge ont-elles été :**

Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Peu satisfaisantes  Insatisfaisantes

**LE LIVRET D'ACCUEIL**

**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 .....  
.....  
.....  
.....

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

■ ■ ■ ■  
**Questionnaire  
d'appréciation  
du séjour**

**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 .....  
N° de chambre .....

*Les réponses sont traitées de façon anonyme.*

## L'ACCUEIL

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

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

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

## LES SOINS

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

Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Insatisfaisants

Les soins qui vous ont été dispensés dans les étages ont-ils été :

Très satisfaisants  Satisfaisants  Peu satisfaisants  Insatisfaisants

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 ? .....  
.....  
.....

## 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

## LE TRANSPORT

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

Le respect de vos horaires de transport par les sociétés de VSL ou ambulances lors de vos rendez-vous extérieurs a-t-il été :

Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant  Insatisfaisant

## VOS PROCHEs

Les modalités d'accueil et d'accompagnement de vos proches (informations reçues, hébergement, restauration...) ont-elles été :

Très satisfaisantes  Satisfaisantes  Peu satisfaisantes  Insatisfaisantes

## 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 des étages 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

L'amabilité du personnel réalisant l'entretien des chambres a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

## VOTRE CHAMBRE

Durant votre séjour, votre chambre a-t-elle été :

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Insatisfaisante

Si vous n'avez pas été entièrement satisfait, quelle en est (sont) la (les) cause(s) ?

La propreté  Le bruit  L'agencement  La chambre double