



**CLINIQUE SAINT-ANTOINE**

*Géronto-psychiatrie*

176, avenue Font Mosson

34570 MONTARNAUD

Tél : 04 67 02 91 10

Fax : 04 67 02 91 11

**HÔTELLERIE**

- Jardins  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Décoration  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Signalisation intérieure  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

**LA CHAMBRE**

- Propreté  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Température ambiante  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Confort  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Calme  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Intimité  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

**LA RESTAURATION**

- Qualité des plats  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Variété des plats  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Disponibilité et amabilité du personnel  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

**LA LINGERIE**

Avez-vous fait entretenir votre linge personnel ?  oui  non

Si oui,

- Lavage et repassage  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Délai de retour du linge propre  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

**APPRÉCIATION GLOBALE SUR VOTRE SÉJOUR AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT**

- très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

Vos remarques / Vos propositions d'amélioration : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Questionnaire d'appréciation du séjour

**Notre souci constant de qualité  
repose sur vos appréciations et vos suggestions.**

*La qualité des conditions d'accueil et de séjour dans l'établissement étant une de nos priorités, merci de nous faire part de vos impressions, critiques et suggestions. Afin que nous puissions évaluer et améliorer les prestations offertes par la Clinique Saint-Antoine, nous vous proposons de remplir ce questionnaire et de le déposer à la réception lors de votre départ.*

#### VOTRE ADMISSION

Avez-vous été satisfait :

- de l'accueil  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- des formalités d'admission  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- du délai d'attente à votre arrivée au sein de la clinique  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- des informations reçues lors votre arrivée  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

#### LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous ressenti des douleurs durant votre séjour ?  oui  non

Si oui, avez-vous sollicité l'équipe soignante pour soulager :

- votre douleur physique  oui  non
- votre douleur morale  oui  non

Qui s'est occupé de votre douleur :  Médecin Psychiatre  Médecin généraliste  
 Psychologue  Soignants (infirmière, aide-soignante)  Kinésithérapeute

Avez-vous le sentiment que votre douleur ait été entendue ?  oui  non

Avez-vous été soulagé :

- de votre douleur morale ?  oui  non
- de votre douleur physique ?  oui  non

#### SOINS ET RELATIONS

Êtes-vous satisfait(e) des soins qui vous ont été dispensés ?

- le jour  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- la nuit  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

#### QUELLE EST VOTRE APPRÉCIATION SUR :

- le respect de la confidentialité  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- le respect de votre intimité  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- l'écoute et la disponibilité de votre psychiatre  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- l'écoute et la disponibilité du médecin généraliste  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- l'écoute et la disponibilité des infirmières coordinatrices  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- l'écoute et la disponibilité des infirmières  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- l'écoute et la disponibilité des aides-soignantes  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- l'écoute et la disponibilité du psychologue  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

Observations :

.....

.....

.....

#### SI VOUS AVEZ BÉNÉFICIÉ DES PRISES EN CHARGE SUIVANTES, quelle est votre appréciation sur votre prise en charge :

- par l'ergothérapeute  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- en salle d'animation  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- par l'assistante sociale  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- par l'orthophoniste  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- par le kinésithérapeute  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- par la psychologue  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent

#### ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES

- Affichage  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Information  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Au sein de quelles activités thérapeutiques vous êtes-vous le plus investi durant votre séjour ?

.....

.....

.....

#### LA PRÉPARATION À LA SORTIE

- Explications délivrées sur les médicaments prescrits à votre sortie  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- Délai dans la préparation votre sortie  très satisfait  satisfait  peu satisfait  mécontent
- En cas d'insatisfaction, précisez le motif :

.....

.....

.....