

	Date de création : 06.11.2014	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	Date de mise à jour : 28.04.2023	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
	Date de validation : 28.04.2023		Rédaction : Cindy EHKIRCH, Secrétaire qualité
	Date d'application : 18.08.2023		Validation : CQGR

Avez-vous été hospitalisé(e) dans cet établissement pour un séjour en Soins Médicaux et de Réadaptation - SMR (un établissement SMR peut être un établissement polyvalent et/ou un établissement spécialisé : fonctionnel, respiratoire, digestif, gériatrique, cardiovasculaire, diététique, centre de cure, centre de post-cure etc...) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

Si non, il n'est pas nécessaire de répondre au questionnaire, non adapté à votre hospitalisation.

Nous vous remercions.

Avez-vous été hospitalisé(e) de jour comme de nuit (en temps plein) ?

- ☐ Oui, je restais dormir sur place
☐ Non, je rentrais à domicile tous les jours

Si oui, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

Si non, il n'est pas nécessaire de répondre au questionnaire, non adapté à votre hospitalisation.

Nous vous remercions.

GENERALITES

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Avez-vous répondu à ce questionnaire seul ?

- ☐ Oui
☐ Non, avec l'aide d'un proche ou d'un représentant légal

Si vous êtes un proche ou un représentant légal, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même

Avez-vous choisi l'établissement SMR dans lequel vous avez été hospitalisé ?

- ☐ Oui, j'ai participé au choix de mon établissement
☐ Non, je n'ai pas eu le choix de mon établissement (transfert à la suite d'un autre séjour)

VOTRE ACCUEIL

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement (explications sur le fonctionnement de l'établissement, présentation des lieux, des espaces, des services ?

- ☐ Mauvaise
☐ Faible
☐ Moyenne
☐ Bonne
☐ Excellente

Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?

- ☐ Oui et je l'ai lu
☐ Oui, mais je ne l'ai pas lu
☐ Non
☐ Je ne me souviens plus

Avez-vous été informé(e) de l'existence des représentants des usagers dans l'établissement ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne me souviens plus

	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
		Date de création : 06.11.2014 Date de mise à jour : 28.04.2023
		Date de validation : 28.04.2023 Date d'application : 18.08.2023

Que pensez-vous de la façon dont le personnel vous a accueilli dans l'établissement de santé (politesse, écoute, hospitalité, gentillesse) ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans l'établissement ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

VOTRE PRISE EN CHARGE
Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation...) du personnel du service ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Les médecins, l'équipe soignante (infirmier(e) et aide-soignant(e) et l'équipe de rééducation du service ont-ils répondu à vos questions ?

- ☐ Je n'ai pas eu de questions à poser
- ☐ Non, je n'ai eu aucune réponse à mes questions
- ☐ Oui

Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins, de l'équipe soignante et de l'équipe de rééducation du service ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Durant votre séjour, vous-a-t-on expliqué votre projet de soins et de rééducation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne me souviens plus

Que pensez-vous des explications reçues sur votre projet de soins et de rééducation ?

- ☐ Mauvaises
- ☐ Faibles
- ☐ Moyennes
- ☐ Bonnes
- ☐ Excellentes

	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
		Date de création : 06.11.2014 Date de mise à jour : 28.04.2023
		Date de validation : 28.04.2023 Date d'application : 18.08.2023

Durant votre séjour, avez-vous été informé(e) de votre évolution ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ? :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ? :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Durant votre séjour, les professionnels ont-ils pris en compte vos besoins personnels ou votre handicap ou vos difficultés lors de vos soins quotidiens (aide quotidienne, toilette habillage...) ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive de l'équipe de rééducation ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété durant votre hospitalisation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Que pensez-vous du soutien psychologique qui vous a été apporté par les professionnels de santé qui vous ont pris en charge ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faible
- ☐ Moyen
- ☐ Bon
- ☐ Excellent

	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
		Date de création : 06.11.2014 Date de mise à jour : 28.04.2023
		Date de validation : 28.04.2023 Date d'application : 18.08.2023

Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre séjour ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faible
- ☐ Moyen
- ☐ Bon
- ☐ Excellent

Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre séjour ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faible
- ☐ Moyen
- ☐ Bon
- ☐ Excellent

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs (aigues ou chroniques) ?

- ☐ Extrêmement intenses
- ☐ Intenses
- ☐ Modérées
- ☐ Faibles
- ☐ Pas de douleur

Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Durant votre séjour, pensez-vous que les médecins, l'équipe soignante et l'équipe de rééducation travaillaient bien ensemble (de façon coordonnée) ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge dans l'établissement ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

VOTRE LIEU DE VIE

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Vous étiez dans une chambre simple ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Que pensez-vous des horaires de visite ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faibles
- ☐ Moyens
- ☐ Bons
- ☐ Excellents

	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
		Date de création : 06.11.2014 Date de mise à jour : 28.04.2023
		Date de validation : 28.04.2023 Date d'application : 18.08.2023

Avez-vous un accès correct à Internet dans votre chambre ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'avais pas besoin d'internet

Que pensez-vous du confort de votre chambre ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faible
- ☐ Moyen
- ☐ Bon
- ☐ Excellent

Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faible
- ☐ Moyen
- ☐ Bon
- ☐ Excellent

Que pensez-vous de l'adaptation des équipements de l'établissement à votre situation (aménagement de la chambre et des sanitaires, visibilité des panneaux d'affichage,...) ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Avez-vous bénéficié de services (services à la personne, coiffeur, pédicure...) ou des activités (loisirs, convivialité) lors de votre séjour ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Que pensez-vous des services (services à la personne, coiffeur, pédicure...) ou des activités (loisirs, convivialité) proposés par l'établissement lors de votre séjour ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faibles
- ☐ Moyens
- ☐ Bons
- ☐ Excellents

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre lieu de vie lors de votre prise en charge ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
		Date de création : 06.11.2014 Date de mise à jour : 28.04.2023
		Date de validation : 28.04.2023 Date d'application : 18.08.2023

VOS REPAS
Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Que pensez-vous du respect de vos préférences alimentaires / de votre régime ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faible
- ☐ Moyen
- ☐ Bon
- ☐ Excellent

Que pensez-vous du rythme des repas (horaire du petit déjeuner, du déjeuner, du dîner) ?

- ☐ Mauvais
- ☐ Faible
- ☐ Moyen
- ☐ Bon
- ☐ Excellent

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de vos repas lors de votre prise en charge ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE
Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été préparée / anticipée ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?

- ☐ Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie
- ☐ Non, aucune information ne m'a été donnée
- ☐ Oui

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?

- ☐ Mauvaises
- ☐ Faibles
- ☐ Moyennes
- ☐ Bonnes
- ☐ Excellentes

Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (sport, activités habituelles, courses, etc...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
		Date de création : 06.11.2014 Date de mise à jour : 28.04.2023
		Date de validation : 28.04.2023 Date d'application : 18.08.2023

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie ?

- ☐ Mauvaises
- ☐ Faibles
- ☐ Moyennes
- ☐ Bonnes
- ☐ Excellentes

Avez-vous reçu des informations pour poursuivre vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes rendus médicaux, séances de kinésithérapie...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la poursuite de vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes rendus médicaux, séances de kinésithérapie...) ?

- ☐ Mauvaises
- ☐ Faibles
- ☐ Moyennes
- ☐ Bonnes
- ☐ Excellentes

Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale pour préparer votre retour à domicile ?

- ☐ Oui
- ☐ Non, mais j'aurais souhaité en voir une
- ☐ Non, car je n'en ai pas besoin

Que pensez-vous de l'aide apportée par l'assistante sociale ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

OPINION GENERALE

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, lieu de vie, repas, organisation de la sortie) ?

- ☐ Mauvaise
- ☐ Faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Bonne
- ☐ Excellente

Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?

- ☐ 1 = Certainement pas
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 = Certainement

	ENREGISTREMENT	Référence : MAQ-11-01-EN/002
	QUESTIONNAIRE DE SORTIE SMR-HC	Version : 7
		Date de création : 06.11.2014 Date de mise à jour : 28.04.2023
		Date de validation : 28.04.2023 Date d'application : 18.08.2023

Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendrez-vous dans cet établissement ?

- ☐ 1 = Certainement pas
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 = Certainement

POUR FINIR, INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?

- ☐ 1 = Beaucoup plus mal
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 = Beaucoup mieux

Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?

- ☐ 1 = pas du tout satisfait
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 = très satisfait

POUR EN SAVOIR PLUS

Votre commentaire est transmis dans son intégralité à l'établissement de santé concerné par votre hospitalisation et est accessible à la Haute Autorité de Santé.

Merci de ne pas mentionner aucun nom de professionnel(les) ou de patient dans votre commentaire. Il risque de ne pas être pris en compte si le(s) nom(s) de professionnel(les) sont indiqué(s) en clair.

Qu'avez-vous retenu de positif sur votre séjour ?

Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre séjour ?

Nom et prénom du patient : _____

Date de remplissage du questionnaire : _____