

## **Enquête de satisfaction des patients au service de physiothérapie ambulatoire**

Nom/prénom: .....

Si des précisions sont nécessaires, vous pouvez m'atteindre à ce numéro: .....

### **Sexe:**

Féminin       Masculin

### **Age:**

0 - 10       11 - 20       21 - 30       31 - 40       41 - 50  
 51 - 60       61 - 70       71 - 80       81 - 90       plus de 90 ans

### **Type de traitement:**

- Thérapie individuelle
- Thérapie en groupe
- Thérapie individuelle et en groupe
  
- Le traitement de physiothérapie est terminé
- Je suis encore en traitement de physiothérapie

Par quelle équipe de physiothérapie avez-vous été pris en charge?

- Respiratoire
- Gynécologie et obstétrique
- Cardiologie
- Rhumatologie
- Orthopédie
- Thérapie de la main
- Lory
- Neurologie
- Pédiatrie

### Procédure d'admission

1. Amabilité, empressement du personnel à répondre à vos questions, à vos attentes:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Secrétariat

2. Simplicité des formalités et temps nécessaire à obtenir votre premier rendez-vous:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Votre traitement

3. Capacité de votre physiothérapeute à vous mettre à l'aise et, le cas échéant, à vous rassurer:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Explications que vous avez reçues concernant ce qui vous serait fait et ce qu'on attendait de vous:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. A la fin de votre physiothérapie, qualité des informations que vous avez reçues concernant votre avenir:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Adaptation de votre rééducation à la spécificité de votre problème:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Votre sentiment de sécurité à chaque moment de cette rééducation:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Locaux**

8. Commodité d'accès au service de physiothérapie:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Facilité à vous orienter autour et dans les bâtiments:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Confort, propreté, éclairage, température de la pièce dans laquelle vous avez été traité(e):

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Calme, intimité, ambiance reposante des salles de rééducation:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**APPRECIATION GENERALE:**

12. Si vous deviez résumer votre traitement de physiothérapie en un mot:

Excellent	Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Si vous deviez à nouveau faire de la physiothérapie, reviendriez-vous dans notre service?

Oui, sans aucun doute	Oui, probablement	Peut-être	Non, probablement pas	Non, en aucun cas	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Que pourrions-nous faire pour améliorer nos prestations?**

.....

Merci de bien vérifier que vous avez répondu à **toutes** les question.

**Nous vous remercions chaleureusement de votre précieuse collaboration!**