

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE PRISE EN CHARGE EN RÉADAPTATION

NOUS SOMMES DANS UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE NOS SERVICES.  
CES DONNÉES NOUS SONT EXTRÊMEMENT UTILES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE NOS PRESTATIONS.  
NOUS VOUS EN GARANTISSONS LA CONFIDENTIALITÉ.

1. Quel est le motif de votre consultation ?
  2. Quel est votre âge ?
  3. Quel est votre sexe ? Féminin  Masculin
  4. Comment avez-vous connu notre centre ? Votre médecin  Réseaux/Internet  Bouche à oreille
  5. Est-ce une prise en charge en : Réadaptation cardiovasculaire  Réadaptation DIAfit
- Notes : 1 = insatisfaisant 2 = assez satisfaisant 3 = satisfaisant 4 = très satisfaisant

## LA RÉCEPTION - L'ACCUEIL

- |   |                                  |                                   |                                  |                                 |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 6. Accueil du secrétariat / réception                   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>           |
| 7. Accueil du thérapeute                                | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>           |
| 8. Délai d'attente pour le 1 <sup>er</sup> rendez-vous  | > 15 jours <input type="radio"/> | 11-15 jours <input type="radio"/> | 6-10 jours <input type="radio"/> | 1-5 jours <input type="radio"/> |
| 9. Satisfaction concernant la fréquence des rendez-vous | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>           |
| 10. Satisfaction concernant les horaires                | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>           |

## LE TRAITEMENT

- |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 11. Votre satisfaction sur la ponctualité du thérapeute ?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Votre satisfaction de la qualité du bilan d'entrée ?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Êtes-vous satisfait de votre prise en charge ?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Avez-vous reçu des explications/réponses claires à vos questions ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Votre intégration dans le groupe ?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Intérêt de la réadaptation en groupe ?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Intensité des exercices ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## LES COURS / ATELIERS THÉORIQUES

- |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. Votre intérêt concernant les sujets/thèmes abordés ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Qualité des présentations ?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Interaction durant les séances ?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Notes : 1 = insatisfaisant 2 = assez satisfaisant 3 = satisfaisant 4 = très satisfaisant

## L'INFRASTRUCTURE

- |  |                         |                         |                         |                         |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 21. Comment jugez-vous notre infrastructure ?<br>(Locaux, matériel...) | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 22. Propreté de notre infrastructure ?                                 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 23. Recommanderiez-vous notre centre ?                                 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |

## CE QUE VOUS AVEZ CHANGÉ DANS VOTRE VIE QUOTIDIENNE

- |                                   |                              |                              |                                     |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 24. Activité physique régulière ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                                     |
| 25. Gestion du tabac ?            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Non fumeur <input type="checkbox"/> |
| 26. Gestion du stress ?           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                                     |
| 27. Changement d'alimentation ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                                     |
| 28. Relaxation ?                  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                                     |

## REMARQUES ET SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER NOTRE CENTRE

---

---

---

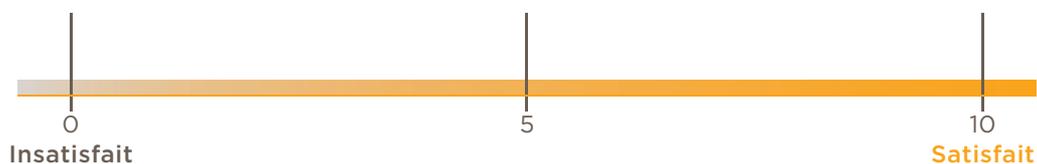
---

---

---

---

Quelle note donneriez-vous si vous deviez évaluer l'ensemble de votre prise en charge, à l'aide de l'échelle ci-dessous:



Merci pour votre temps et votre précieuse collaboration.

La direction du Centre Actif+

**HIRSLANDEN LAUSANNE, CLINIQUE BOIS-CERF**

CENTRE ACTIF+, AVENUE D'OUCHY 31, CH-1006 LAUSANNE

T +41 21 619 62 70, [ACTIFPLUS.BOIS-CERF@HIRSLANDEN.CH](mailto:ACTIFPLUS.BOIS-CERF@HIRSLANDEN.CH), [WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE](http://WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE)