HIRSLANDEN
CLINIQUE BOIS-CERF

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE PRISE EN CHARGE EN RÉADAPTATION ONCOLOGIQUE

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 ☐

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

LA RÉCEPTION – L'ACCUEIL

5.	Accueil du secrétariat / réception		1		2		3	4
6.	Accueil du thérapeute		1		2		3	4
7.	Délai d'attente pour le 1e rendez-vous	> 15 jours	1	11-15 jours	2	6-10 jours	3	1-5 jours 4
8.	Satisfaction concernant la fréquence des rendez-vous		1		2		3	4
9.	Satisfaction concernant les horaires		1		2		3	4

LE TRAITEMENT

10.	Votre satisfaction sur la ponctualité du thérapeute ?	1	2	3	4
11.	Votre satisfaction de la qualité du bilan d'entrée ?	1	2	3	4
12.	Êtes-vous satisfait de votre prise en charge ?	1	2	3	4
13.	Avez-vous reçu des explications/réponses claires à vos questions ?	1	2	3	4
14.	Votre intégration dans le groupe ?	1	2	3	4
15.	Intérêt de la réadaptation en groupe ?	1	2	3	4
16.	Intensité des exercices ?	1	2	3	4

Remarques ou suggestions / autre(s) activité(s) souhaitée(s) ?:

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

L'INFRASTRUCTURE

17. Comment jugez-vous notre infrastructure ? (Locaux, matériel...)	1	2	3	4
18. Propreté de notre infrastructure ?	1	2	3	4
19. Recommanderiez-vous notre centre ?	1	2	3	4

AVEZ-VOUS CONSTATÉ DES AMÉLIORATIONS DANS VOTRE VIE QUOTIDIENNE ?

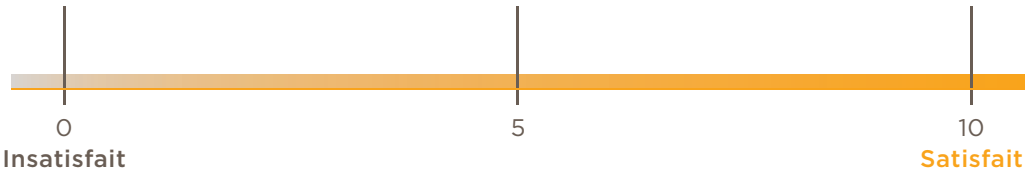
20. Estime / confiance en soi et ses capacités ?	Oui		Non	
21. Force ?	Oui		Non	
22. Détente / calme ?	Oui		Non	
23. Energie ?	Oui		Non	
24. Acceptation de son corps ?	Oui		Non	

Autres améliorations ou changements :

Quelle(s) activité(s) physique(s) envisagez-vous de suivre après la réadaptation ?

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, WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE

BC-CA-112 10/21 RMS COMMUNICATIONS