



LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Avez-vous eu besoin d'une prise en charge de votre douleur ? Si oui, un traitement vous a-t-il été administré ?

OUI

NON

OUI

NON

Comment qualifiez-vous la prise en charge de votre douleur ?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

RESTAURATION

Êtes-vous satisfait de :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Qualité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité des repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A bonne température ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respectueux par rapport à votre régime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A votre goût ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous satisfait(e) des horaires des repas :

	OUI	NON
Matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITE DE L'HÔTELLERIE

Êtes-vous satisfait(e) :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
De la température des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté des locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme du jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du calme la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement et accessibilité de votre chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté du linge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DANS L'ENSEMBLE

Recommanderiez- vous l'établissement à un proche ?

OUI

NON

Quelle note globale attribuez-vous à l'établissement ?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Sachant que 1 est le minimum et 10 le maximum

VOS SUGGESTIONS D'AMELIORATION :

La direction vous remercie pour vos réponses qui seront précieuses pour améliorer les prestations que nous offrons aux usagers. Vous pouvez remettre ce questionnaire au personnel du service ou à l'accueil.