



**Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (x) la case de votre choix**  
**TB = Très Bien      B = Bien      P = Passable      M = Mauvais**

Comment jugez-vous ?	TB	B	P	M
L'accueil téléphonique de l'établissement				
La clarté des informations pour préparer votre séjour				
L'accueil principal de l'établissement				
La clarté des explications sur le déroulement de votre séjour				
L'accueil lors de votre arrivée dans la chambre				
Le confort de votre chambre				
La qualité des repas				
L'aide des personnels pour vous familiariser à l'établissement				
La prise en compte de votre souffrance morale				
L'attention et la disponibilité du personnel hôtelier : service repas				
La propreté de votre chambre				
L'écoute et la disponibilité des médecins				
La clarté des informations données par les médecins				
La prise en charge de votre douleur physique				
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante				
La clarté des informations données par l'équipe soignante				
L'attention réservée à vos proches				
Les moyens mis à disposition pour occuper vos temps libres				
La clarté des informations données pour préparer votre sortie				
Notre soutien dans la compréhension de votre maladie				
L'influence des conférences et ateliers sur vos habitudes de vie (alimentation, tabac, activités ...)				
Les différentes activités physiques proposées				
L'ambiance dans laquelle s'est déroulée votre réadaptation				
<b>Comment jugez-vous globalement l'établissement ?</b>				
<b>Si vous deviez recommander l'établissement à un ami/un proche, quelle note donneriez vous sur une échelle de 1 à 10 (10 étant la meilleure note) ?</b>				
Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?	-----			

Afin de nous permettre d'améliorer la qualité de restauration merci de nous indiquer :  
 Quels sont les plats qui vous ont particulièrement plu ?  
 -----  
 Quels sont les plats qui vous ont particulièrement déplu ?  
 -----

**Vous pouvez ici nous faire part de vos remarques ou suggestions :**

**VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

A remplir par l'établissement :    Mois      Code Local      Code Saisie