



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous ou un membre de votre famille séjournez dans le service de soins palliatifs de la Clinique Pasteur-Lanroze. Soucieux d'améliorer la qualité des soins et de nos prestations, l'ensemble du personnel, les médecins et la direction vous remercient de bien vouloir remplir ce questionnaire de satisfaction. Vos réponses sont confidentielles : elles seront analysées de façon strictement anonyme.

😊😊 très satisfaisant    😊 satisfaisant    😐 peu satisfaisant    😞 pas du tout satisfaisant

😊😊	😊	😊	😞
----	---	---	---

## Préparation de votre séjour

la qualité des informations reçues sur les modalités et les objectifs de votre prise en charge dans l'unité avant l'admission				
---	--	--	--	--

## Prise en charge dans l'unité de soins palliatifs

la qualité de l'accueil dans le service de soins				
la réactivité du personnel soignant face à vos demandes				
la disponibilité et l'écoute des médecins				
la qualité des informations fournies par les médecins				
la disponibilité et l'écoute de l'équipe soignante de jour				
la disponibilité et l'écoute de l'équipe soignante de nuit				
l'aide apportée pour soulager votre douleur ou d'autres symptômes pénibles				
l'aide apportée pour la réalisation de vos gestes quotidiens				
le respect de vos habitudes et de votre rythme de vie				
la prise en charge par le kinésithérapeute (le cas échéant)				
la prise en charge par l'orthophoniste (le cas échéant)				
la prise en charge par la psychologue (le cas échéant)				
la prise en charge par l'assistante sociale (le cas échéant)				
avez-vous apprécié la présence de bénévoles ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
le respect de votre volonté dans les soins proposés				
le respect de vos attentes spirituelles				

## Prise en charge de la famille

la qualité des informations reçues				
l'écoute et la disponibilité du personnel soignant				
l'écoute et la disponibilité des médecins				
la qualité du soutien apporté par l'équipe				
le confort du salon mis à votre disposition				

## Prestation hôtelière

le confort de votre chambre (calme, température, éclairage, volets, etc...)				
le confort des équipements de votre chambre (lit, fauteuil, adaptable, etc...)				
la propreté de votre chambre				
les services proposés (télévision, téléphone, journaux,...)				



## Prestation restauration

la qualité de vos repas et/ou collations (qualité des produits, variété des menus)				
les quantités servies				
la température des plats (le cas échéant)				
l'aide au repas				
le suivi par la diététicienne (le cas échéant)				
les services proposés (distributeurs, repas accompagnants,...)				

<b>Votre appréciation générale</b>				
------------------------------------	--	--	--	--

## Vos remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :    ... / ... / ...

Nous vous remercions d'avoir consacré un peu de votre temps et d'avoir ainsi participé à l'amélioration des prestations offertes par la Clinique Pasteur-Lanroze.

Ce questionnaire est à remettre au choix :

- au personnel soignant du service,
- dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet :
  - dans le hall d'accueil du bâtiment hébergement
  - à proximité de l'ascenseur du 4<sup>ème</sup> étage du bâtiment hébergement
- par voie postale à l'adresse suivante :  
Clinique Pasteur-Lanroze  
Service Qualité  
32 rue Auguste Kervern - CS 82936  
29229 Brest Cedex 2

Il est également téléchargeable sur notre site internet : [www.clinique-pasteur-brest.com](http://www.clinique-pasteur-brest.com)

Facultatif, vos coordonnées :