

☐ SMR CV    ☐ SMR G    ☐ SMR NO

### Votre appréciation sur l'accueil

#### Votre niveau de satisfaction concernant votre accueil :

- **Dans le service :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **La personne qui vous a accueilli vous a-t-elle présenté le fonctionnement du service ?**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **La personne qui vous a accueilli dans le service vous a-t-elle remis et expliqué le passeport ambulatoire ?**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant

### Votre parcours de soins

#### Votre niveau de satisfaction concernant votre prise en soins :

- **Par l'équipe médicale :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **Par l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants) :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **Par les rééducateurs (ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricienne, orthophoniste, diététicienne) :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **Par la psychologue :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant    ☐ Non concerné
- **Par le secrétariat :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **Que diriez-vous des informations apportées par l'équipe médicale du service :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **Que diriez-vous des informations apportées par l'équipe paramédicale du service :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **Que pensez-vous de la disponibilité du personnel :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant
- **Que pensez-vous du respect de la confidentialité dans le service :**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant

### Votre niveau de satisfaction concernant la prise en charge de la douleur

- **L'équipe médicale et soignante :**  
**A-t-elle été attentive à votre douleur ?**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant    ☐ Non concerné

- **Le traitement contre la douleur a-t-il été efficace ?**  
☐ Très satisfaisant    ☐ Satisfaisant    ☐ Insatisfaisant    ☐ Très insatisfaisant    ☐ Non concerné

Commentaire : .....

## Votre appréciation concernant vos conditions de séjour

- Sur la **facilité d'accès aux locaux** (parking, panneaux d'orientation et de signalisation)  
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐ Très insatisfaisant ☐ Non concerné
- Sur les **horaires et rythme des séances**  
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐ Très insatisfaisant
- Sur les **espaces de rééducation / réadaptation** au cours de votre séjour  
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐ Très insatisfaisant
- Sur l'**état de propreté des locaux** au cours de votre séjour  
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐ Très insatisfaisant
- Sur la **qualité et la variété de la nourriture** au cours de votre séjour  
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐ Très insatisfaisant ☐ Non concerné

## Votre niveau de satisfaction concernant la fin de votre prise en charge

- La fin de votre prise en charge vous a-t-elle été annoncée ?**  
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐ Très insatisfaisant
- Votre appréciation sur le suivi médical (compte-rendu d'hospitalisation, lien médecin traitant, autres suivis...) à la sortie de votre réadaptation :**  
☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐ Très insatisfaisant

## Votre appréciation générale (cochez la case de votre choix)



## Remarques et suggestions

---

---

---

---

---

---

---

DATE D'ENTREE DANS LE SERVICE : .....

QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ LE : .....