**Votre Accueil**

**Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans le service ?**

**(Explications sur le fonctionnement du service de réadaptation cardiaque, présentation des lieux, des espaces, des intervenants)**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Que pensez-vous de la façon dont le personnel vous a accueilli dans le service ?**

(Politesse, écoute, bienveillance)

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans le service ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Votre Prise en Charge**

**Que pensez-vous de l’identification (badge, présentation, …) du personnel du service ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Que pensez-vous des explications qui vous ont été données sur votre état de santé ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Que pensez-vous des réponses apportées à vos questions par l’équipe soignante de la réadaptation cardiaque sur votre état de santé ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Avez-vous participé à l’élaboration de votre projet de réadaptation cardiaque ?**

Oui Non

**Vous-a-t-on expliqué votre projet de réadaptation cardiaque ?**

Oui Non Je ne me souviens plus

**Que pensez-vous des explications reçues sur votre projet de réadaptation cardiaque ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Durant votre séjour, les professionnels ont-ils pris en compte vos besoins personnels ou votre**

**handicap ou vos difficultés en rapport avec votre vie quotidienne ?**

Oui Non

**Que pensez-vous des ateliers d’éducation thérapeutique auxquels vous avez participé ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Les informations transmises étaient -elles claires ?**

Oui  Non

Commentaires :

**Les ateliers vous ont permis :**

De mieux comprendre votre maladie Oui Non

De mieux accepter votre maladie Oui Non

De mieux prendre votre traitement (régularité, observance) Oui Non

De mieux vous soigner, prendre soin de vous Oui Non

De mieux gérer les effets indésirables Oui Non

De mieux manger Oui Non

**Que pensez-vous de votre prise en charge, en salle de sport, par les kinésithérapeutes ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

Commentaires :

**Que pensez-vous du soutien psychologique qui vous a été apporté par les professionnels qui vous**

**ont pris en charge ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre séjour ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Que pensez-vous de la coordination des intervenants impliqués dans votre prise en charge ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale ?**

Oui Non, mais j’aurais souhaité en voir une Non, car je n’en ai pas eu besoin

**Que pensez-vous de l’aide apportée par l’assistante sociale ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge en réadaptation cardiaque ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**L’organisation de votre Sortie**

**Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (sport,**

**Activités habituelles, alimentation) ?**

Oui Non

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de votre vie quotidienne**

**après votre sortie ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Avez-vous reçu des informations pour poursuivre vos soins après votre sortie (prochains**

**rendez-vous, remise des comptes rendus médicaux,** **séances d’activité physique adaptée) ?**

Oui Non

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l’organisation de votre sortie ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Opinion Générale**

**Quelle est votre opinion générale sur l’ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, locaux, matériel, organisation de la sortie) ?**

Non satisfaisant  Peu satisfaisant  Satisfaisant  Très satisfaisant

**Si vous deviez à nouveau bénéficier d’une nouvelle prescription de réadaptation cardiaque, reviendriez-vous dans cet établissement ?**

Oui  Non

**Pour Finir**

**Comment vous sentez-vous aujourd’hui par rapport au jour de votre admission en réadaptation cardiaque ?**

Pas d’amélioration Beaucoup plus mal  Mal Mieux Beaucoup mieux

**Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Qu’avez-vous retenu de positif sur votre séjour ?**

**Avez-vous des axes d’amélioration/suggestions à apporter pour améliorer la qualité de la prise en charge en réadaptation cardiaque ?**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................**