**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 ?**

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