

Date :

N° de chambre :

Nom (facultatif) :

Service :

Chirurgie 1er étage

Chirurgie 2ème étage

Médecine Polyvalente

Médecine oncologique

Dans le but d'améliorer nos prestations, nous vous remercions de nous faire part de votre appréciation et de vos remarques en remplissant ce questionnaire dont les informations demeureront confidentielles.

Veillez cocher les cases

ACCUEIL ET ADMISSION	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
Quelle a été votre impression concernant le personnel aux <u>admissions</u> :				
<input type="checkbox"/> La qualité de l'accueil				
<input type="checkbox"/> La confidentialité				
Dans le <u>service d'hospitalisation</u>, que pensez-vous :				
<input type="checkbox"/> De votre accueil par le personnel soignant				
<input type="checkbox"/> Du temps d'attente				
LE CONFORT HOTELIER	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
· Votre environnement				
<input type="checkbox"/> L'entretien de votre chambre				
<input type="checkbox"/> Le bruit				
· La restauration				
<input type="checkbox"/> La qualité de la nourriture				
<input type="checkbox"/> La température des plats				
· Le personnel hôtelier				
<input type="checkbox"/> L'amabilité				
<input type="checkbox"/> La qualité du service				
PREPARATION A L'INTERVENTION	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
L'information sur l'identité et la fonction de vos interlocuteurs:				
La disponibilité du personnel soignant :				
La qualité des informations reçues du personnel soignant :				
PREPARATION A L'INTERVENTION	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
La politesse et l'amabilité du personnel soignant :				
Si vous avez réalisé des examens complémentaires, vous êtes :				
BLOC OPERATOIRE	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
La prise en charge par le brancardier :				

SOINS DANS LE SERVICE, APRES INTERVENTION	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
La prise en charge de la douleur :				
La qualité des soins :				
La rapidité d'intervention de l'équipe soignante après votre appel :				
Avez-vous eu connaissance de l'existence d'un atelier d'art créatif dans l'établissement ? Les animations proposées à l'atelier d'art créatif « Bergamote » vous paraissent :	OUI <input type="radio"/>		NON <input type="radio"/>	
Avez-vous eu connaissance de la présence d'une socio-esthéticienne dans l'établissement ? Si vous avez rencontré la socio-esthéticienne les soins vous paraissent:	OUI <input type="radio"/>		NON <input type="radio"/>	
Avez-vous eu connaissance de la présence d'une assistante sociale dans l'établissement ? Si vous avez eu recours à l'assistante sociale, vous êtes:	OUI <input type="radio"/>		NON <input type="radio"/>	
Avez-vous eu connaissance de la présence d'un psychologue dans l'établissement ? Si vous avez rencontré le psychologue, vous êtes:	OUI <input type="radio"/>		NON <input type="radio"/>	

VISITE DES PRATICIENS	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
La qualité des informations reçues du médecin qui vous a pris en charge				
L'attitude des médecins à votre égard (empathie, écoute...) :				

VISITE DES PRATICIENS	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
Êtes-vous satisfait :				
Üdes informations reçues sur vos conditions de sortie: (jour, heure, formalités administratives)				
Üdes informations sur le traitement et les soins à poursuivre :				

<u>VOTRE SATISFACTION GENERALE SUR LA CLINIQUE...</u>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non concerné
Quelle est votre opinion sur votre séjour à la clinique ?				

Vos commentaires :

Si vous deviez donner une note de 0 à 10 à l'ensemble de la prestation, ce serait :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Conseilleriez-vous notre établissement à l'un de vos proches ?

OUI <input type="radio"/>		NON <input type="radio"/>
---------------------------	--	---------------------------

Merci de déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet au niveau de chaque service.