



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Nom et prénom (facultatif) : Date :/...../.....

Sexe : Homme Femme

Chambre :

Votre type de séjour à la Clinique : Ambulatoire

Hospitalisation

Concernant les points ci-dessous, vous diriez que vous êtes :





Satisfait	Moyennement satisfait	Mécontent	Non Concerné

NOTRE ACCUEIL

Signalisation des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil du service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilité des informations du Livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil au Bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil dans les autres services (radio, labo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOS SOINS

Qualité de la prise en charge par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins :				
infirmier(e)s, aides-soignant(e)s.				
- jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la relation (disponibilité et écoute) :				
- avec les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avec les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

			
Satisfait	Moyennement satisfait	Mécontent	Non Concerné

NOS SOINS

Prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des transferts en interne (brancardage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOS PRESTATIONS

Propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linge/Drap fourni (état, propreté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE APPRECIATION GLOBALE

D'une manière générale, comment jugez-vous votre séjour :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

Recommanderiez-vous l'établissement à vos proches : OUI NON

Observations et suggestions :

Nous pouvez retourner ce questionnaire :

par courrier : *Polyclinique de Bordeaux-Tondu - Service Qualité - 143-153 rue du Tondu, 33082 - Bordeaux Cedex*

ou par mail : *lina.faure@bordeauxtondu.fr*