



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

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

Sexe : Masculin Féminin

Chambre : et service :

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

Accueil du service administratif

Utilité des informations du Livret d'accueil

Accueil dans l'unité de soins

Accueil au Bloc opératoire

Accueil dans les autres services (radio, labo...)

NOS SOINS

Qualité de la prise en charge par le médecin

Qualité des soins :
infirmier(e)s, aides-soignant(e)s.

- jour

- nuit

Qualité de la relation (disponibilité et écoute) :

- avec les médecins

- avec les soignants

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 vous remercions d'avoir contribué par vos réponses à notre volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge.