

LES POINTS LES PLUS IMPORTANTS A VOS YEUX

En plus de la qualité des soins, quels sont les 3 points qui vous paraissent les plus importants lors d'un séjour dans un établissement comme le nôtre ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'accueil | <input type="checkbox"/> La disponibilité du personnel |
| <input type="checkbox"/> L'information reçue sur les soins / traitements | <input type="checkbox"/> La qualité des relations humaines |
| <input type="checkbox"/> L'information reçue sur ma maladie / intervention | <input type="checkbox"/> La propreté des chambres |
| <input type="checkbox"/> La sollicitation de l'avis du patient sur les soins / traitements | <input type="checkbox"/> La qualité des repas |
| <input type="checkbox"/> La prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> La qualité de la literie |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : | |

EN CONCLUSION

D'une manière générale, diriez-vous de votre séjour au sein de notre établissement qu'il vous a satisfait :

- pleinement normalement insuffisamment pas du tout

En cas de besoin, le recommanderiez vous à l'un de vos proches ? oui non

Si non, pourquoi ?

Avez-vous des suggestions ou des commentaires à apporter pour améliorer la qualité de nos prestations ?

Date : N° de chambre :

Qui a rempli ce questionnaire ? patient entourage

NOM DE LA CLINIQUE : VILLE :

Nom (facultatif) : Prénom (facultatif) :

Adresse (facultatif) :



Questionnaire de satisfaction

Votre séjour à la Clinique se termine. Dans le souci d'améliorer sans cesse leur prestation, le personnel, les médecins et la direction vous seraient reconnaissants de remplir ce questionnaire. Ainsi vous pourrez par vos remarques et vos suggestions, participer à cette évolution et améliorer le séjour de ceux qui demain seront admis à la clinique.

Lors de votre sortie, une fois le questionnaire rempli, merci de le glisser dans la boîte placée dans les services, le hall d'entrée ou à la réception. Votre concours nous est précieux.

A remplir avec un stylo noir ou bleu

VOTRE ARRIVÉE

Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas du tout d'accord

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La Clinique est facile à trouver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il est facile de stationner près de la clinique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai été bien informé(e) sur la préparation de mon séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quand vous a-t-on remis le livret d'accueil ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Avant l'admission <input type="checkbox"/> A l'entrée <input type="checkbox"/> Au cours du séjour | | | | |
| J'ai été bien accueilli(e) dans les services administratifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le délai d'attente à l'entrée était acceptable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai été bien accueilli(e) dans les services de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai été bien accueilli(e) aux urgences (le cas échéant) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai été bien accueilli(e) au service de radiologie (le cas échéant) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOTRE PRISE EN CHARGE DURANT VOTRE SEJOUR

Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas du tout d'accord

Les consultations/traitements ont eu lieu
dans des délais acceptables

Précisez les lieux où l'attente a été inacceptable :

J'ai été bien informé(e) de mon état de santé/ intervention

J'ai été bien informé(e) de mon traitement / soins dispensés

La confidentialité de ces informations a été respectée

Les soins ont été optimaux
(pour autant que je puisse en juger)

Si vous n'êtes pas d'accord, précisez le type de soins concernés :

Mon intimité durant les soins, la toilette a été respectée

Les médecins m'ont traité(e) avec respect

Les médecins ont été à mon écoute

Lorsque j'ai posé une question aux médecins,
j'ai reçu une réponse claire et compréhensible

Le personnel soignant m'a traité(e) avec respect

Le personnel soignant a été à mon écoute

Lorsque j'ai posé une question au personnel,
j'ai reçu une réponse claire et compréhensible

Mon avis sur le traitement / les soins a été sollicité

J'ai été informé(e) sur les possibilités de prise en charge
de la douleur

Mes douleurs ont été correctement soulagées...

...Sans avoir à demander un traitement contre la douleur

Si vous avez demandé un traitement contre la douleur, combien de temps s'est écoulé avant qu'il ne vous soit

administré : Moins de 15 minutes 30 minutes à 1 heure 15 à 30 minutes Plus d'1 heure

LES PRESTATIONS HOTELIERES

Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :



tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas du tout d'accord

Concernant ma chambre, je suis satisfait(e) :

• De la propreté

• Du niveau sonore

• De la température ambiante

• De la literie

• De l'équipement des sanitaires

Concernant la restauration, je suis satisfait(e) :

• Des horaires des repas

• De la variété

• De la quantité

• Du temps pour consommer

• De la chaleur des plats

• De la qualité gustative

• Du respect de mon régime

• Du respect de mes choix ou aversions

• De la qualité du service des repas

Concernant les autres prestations hôtelières, je suis satisfait(e) :

• Des horaires des visites

• Du téléphone

• De la télévision

• Des prestations hôtelières aux accompagnants