

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Afin de poursuivre notre dynamique d'amélioration, nous vous remercions de prendre quelques instants pour compléter ce questionnaire.

Les informations transmises seront traitées à des fins statistiques et resteront confidentielles.

LA QUALITE DE L'ACCUEIL

* NC = Non Concerné

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Accueil réservé par l'hôtesse, pour vous et vos proches					
Attente à l'accueil					
Accueil réservé par l'équipe soignante dans le service de soins					

LE RELATIONNEL

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Identification des fonctions des différentes personnes travaillant dans les services (savoir s'il s'agit d'une infirmière, d'un médecin, d'une aide-soignante...)					
Amabilité du personnel					
Respect de la confidentialité					

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui	NC
Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des médecins qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?					
Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des soignants qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?					

LA QUALITE DES SOINS

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Qualité des soins dans leur ensemble					
Aide apportée pour les activités de la vie courante comme se laver, s'habiller, manger					
Prise en charge de votre douleur					
Prise en compte des autres inconforts liés à votre maladie ou votre opération (nausées, vertiges...)					
Respect de votre intimité					
Attente dans le service de soins					
Attente avant votre intervention					

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui	NC
Si vous avez eu besoin d'aide en urgence, avez-vous attendu ?					

LA QUALITE DE L'INFORMATION

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Compréhension des explications données par votre médecin sur votre état de santé					
Information qui vous a été donnée sur les complications possibles, en cas de geste invasif					
Information donnée sur les effets indésirables possibles des nouveaux médicaments prescrits à la Clinique					
Possibilité qui vous a été donnée de participer aux décisions concernant vos soins ou vos traitements					

LE CONFORT & LES REPAS

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Confort de la chambre					
Propreté de la chambre					
Température de la chambre					
Calme dans votre chambre					
Qualité des repas					
Variété des plats proposés					

VOTRE SORTIE

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Information donnée sur les médicaments que vous deviez prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables...)					
Information donnée sur la reprise de vos activités après la sortie (reprise du travail, du sport, de vos activités habituelles...)					
Information donnée sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter la Clinique ou votre médecin après la sortie					
Façon dont votre sortie a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination de sortie...)					

SATISFACTION GENERALE

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Quelle est votre opinion globale sur votre séjour dans notre établissement ?					

	Très probable	Probable	Peu probable	Improbable	NC
Si vous deviez être à nouveau hospitalisé, reviendriez-vous dans notre établissement ?					
Recommanderiez-vous la Clinique à votre entourage ?					

MIEUX VOUS CONNAITRE

Date d'entrée : Date de sortie :
 Nom du médecin responsable de votre séjour : Service d'accueil :
 Vos Nom Prénom (facultatif) : Age : Sexe : F M

REMARQUES OU SUGGESTIONS

.....

.....

.....

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et vous souhaitons un prompt rétablissement