

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.

ACCUEIL ET ACCESSIBILITÉ

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'accessibilité de l'établissement (parking, signalétique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente à l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil réservé par l'hôtesse, pour vous et vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil réservé par l'équipe soignante dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil réservé par l'équipe soignante au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELATIONNEL

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'identification (badge, présentation, ...) des personnes travaillant dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITÉ DE L'INFORMATION

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, vos soins, ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous (vous ou vos proches) participé aux décisions concernant vos soins ou vos traitements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITÉ DES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'aide apportée pour les activités de la vie courante (se laver, s'habiller, manger, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte des autres inconforts liés à votre maladie ou votre opération (nausées, vertiges, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente avant votre intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent
Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des soignants qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des médecins qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez eu besoin d'aide en urgence, votre prise en charge a été :

Très rapide	Rapide	Moyenne	Lente	Non concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



HÔTELLERIE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La variété des plats proposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SORTIE

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'organisation de votre sortie (annonce de votre date de sortie, destination de sortie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information donnée sur les médicaments que vous devez prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information donnée sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter la Clinique ou votre médecin après la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes, habitudes de vie, sport, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SATISFACTION GÉNÉRALE

Quelle est votre opinion globale sur votre séjour dans notre établissement ?

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Recommanderiez-vous la Clinique à votre entourage ?

Très probable Probable Peu probable Improbable

MIEUX VOUS CONNAITRE

Vos Nom et Prénom (facultatif) : _____ Age : _____ Sexe : F M

Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____ Service : _____

Médecin responsable de votre séjour : _____

REMARQUES OU SUGGESTIONS

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

(LPS-EN-QUA-003 Version 2)

