



Votre opinion est indispensable pour nous permettre d'améliorer les conditions de séjour et nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire.

Une fois rempli, merci de laisser ce questionnaire dans votre chambre ou de le remettre à l'accueil. Vos observations feront l'objet d'une attention particulière. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.

Accueil et formalités d'admission et de sortie

- | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Contact téléphonique et administratif de la Clinique | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Qualité des informations données par les agents d'accueil | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Délai d'attente le jour de votre entrée | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Accueil dans les services de soins/bloc | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Hôtellerie

- | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Respect de votre demande de chambre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Service téléphone | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Service télévision | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Propreté et Hygiène de la Clinique | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Attention et disponibilité de l'équipe hôtelière | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Restauration

- | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Qualité (goût et préparation) | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Respect des plats choisis | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Quantité | <input type="checkbox"/> Correcte | <input type="checkbox"/> Excessive | <input type="checkbox"/> Insuffisante |
| Explication du régime lié à votre intervention | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Respect des régimes | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Prise en charge médicale

- | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Présentation amabilité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Ecoute et disponibilité des médecins | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Prise en charge de l'anxiété et de la douleur | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Compréhension des informations concernant l'anesthésie | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Personnel des services de soins

- | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Présentation et amabilité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Délai de réponses aux sonnettes | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Prise en charge de l'anxiété et de la douleur | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Respect de votre dignité et de votre intimité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Compréhension des informations données sur les soins | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Attention et disponibilité de l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Respect de l'hygiène des mains | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| Distribution et conseils sur la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Bloc opératoire et salle de réveil

- Le transfert entre votre chambre et le bloc opératoire** Bon Moyen Mauvais
Présentation et amabilité Bon Moyen Mauvais
Compréhension des informations données Bon Moyen Mauvais
Attente au bloc avant l'intervention Courte Correcte Excessive
Prise en charge de l'anxiété et de la douleur Bon Moyen Mauvais
Respect de votre intimité et dignité Bon Moyen Mauvais

Après votre hospitalisation

- Informations données pour vos soins après votre séjour** Bon Moyen Mauvais

Satisfaction générale

- Recommanderiez-vous la Clinique à vos proches ?** Oui Non

Merci de donner en quelques mots

Un point fort de la Clinique :

Un point à améliorer :

Autres informations

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date : ____ / ____ / 20____

Votre département : 77 91 94 75 95 78
 Autre 02 60

Vous avez été hospitalisé : Médecine Chirurgie
Vous avez été hébergé : Chambre double Chambre simple
Vous êtes arrivé(e) : En urgence Admission programmée