

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 le remettre à l'Infirmière qui s'occupera de votre sortie. Vos observations feront l'objet d'une attention particulière. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.



Avant votre entrée et à votre sortie

- | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Contact téléphonique et administratif | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 2. Qualité des informations | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 3. Qualité de l'appel de la veille : | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Hôtellerie

- | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 4. Respect de votre demande de chambre | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 5. Propreté et Hygiène | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 6. Qualité de la collation | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Prise en charge médicale

- | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 7. Présentation amabilité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 8. Prise en charge de l'anxiété et de la douleur | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 9. Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Personnel des services de soins

- | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 10. Présentation et amabilité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 11. Délai de réponses aux sonnettes | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 12. Prise en charge de l'anxiété et de la douleur | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 13. Respect de votre dignité et de votre intimité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 14. Compréhension des informations données sur les soins | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Prise en charge dans le service d'accueil

- | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 15. Présentation et amabilité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 16. Compréhension des informations données | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 17. Respect de votre intimité et dignité | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

Prise en charge au Bloc opératoire et en salle de réveil

18. Le transfert entre votre chambre et le bloc opératoire Bon Moyen Mauvais
19. Présentation et amabilité Bon Moyen Mauvais
20. Compréhension des informations données Bon Moyen Mauvais
21. Prise en charge de l'anxiété et de la douleur Bon Moyen Mauvais
22. Respect de votre intimité et dignité Bon Moyen Mauvais

Délais

23. Délai d'attente entre votre arrivée et votre passage au bloc Bon Moyen Mauvais

Après votre hospitalisation

24. Les informations qui vous ont été données pour
votre retour à domicile vous ont-elles mis(e) en confiance ? Oui Non

Satisfaction générale

25. 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 de sortie : ____ / ____ / 20____

Votre département :

- 77 91 94 75 95
 78 60 02 Autre

Vous avez été hospitalisé pour : Chirurgie ambulatoire Médecine ambulatoire

Vous êtes arrivé(e) : En urgence Admission programmée

Nous vous remercions de votre participation.

Version	Date d'application	Confidentialité	N° Page
001	01/01/2018	Public	2/2