

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 laisser dans votre chambre ou de le remettre à l'accueil de la clinique. Vos observations feront l'objet d'une attention particulière. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.



### Avant votre entrée et à votre sortie

- |                                                                     |                              |                                |                                  |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. <b>Contact téléphonique et administratif de la clinique</b>      | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 2. <b>Qualité des informations données par les agents d'accueil</b> | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 3. <b>Qualité de l'appel de la veille :</b>                         | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 4. <b>Délai d'attente le jour de votre entrée</b>                   | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 5. <b>Accueil dans les services de soins/ bloc</b>                  | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

### Hôtellerie

- |                                                             |                              |                                |                                  |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 6. <b>Respect de votre demande de chambre</b>               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non   |                                  |
| 7. <b>Service téléphone</b>                                 | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 8. <b>Service télévision</b>                                | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 9. <b>Propreté et Hygiène de la clinique</b>                | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 10. <b>Attention et disponibilité de l'équipe hôtelière</b> | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

### Restauration

- |                                                           |                                   |                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 11. <b>Qualité (gout et préparation)</b>                  | <input type="checkbox"/> Bon      | <input type="checkbox"/> Moyen     | <input type="checkbox"/> Mauvais      |
| 12. <b>Respect des plats choisis</b>                      | <input type="checkbox"/> Bon      | <input type="checkbox"/> Moyen     | <input type="checkbox"/> Mauvais      |
| 13. <b>Quantité</b>                                       | <input type="checkbox"/> Correcte | <input type="checkbox"/> Excessive | <input type="checkbox"/> Insuffisante |
| 14. <b>Explication du régime lié à votre intervention</b> | <input type="checkbox"/> Bon      | <input type="checkbox"/> Moyen     | <input type="checkbox"/> Mauvais      |
| 15. <b>Respects des régimes</b>                           | <input type="checkbox"/> Bon      | <input type="checkbox"/> Moyen     | <input type="checkbox"/> Mauvais      |

### Prise en charge médicale

- |                                                                                 |                              |                                |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 16. <b>Présentation amabilité</b>                                               | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 17. <b>Ecoute et disponibilité des médecins</b>                                 | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 18. <b>Prise en charge de l'anxiété et de la douleur</b>                        | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 19. <b>Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins</b> | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 20. <b>Compréhension des informations concernant l'anesthésie</b>               | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

### Personnel des services de soins

- |                                                                 |                              |                                |                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 21. <b>Présentation et amabilité</b>                            | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 22. <b>Délai de réponses aux sonnettes</b>                      | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 23. <b>Prise en charge de l'anxiété et de la douleur</b>        | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 24. <b>Respect de votre dignité et de votre intimité</b>        | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| 25. <b>Compréhension des informations données sur les soins</b> | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Moyen | <input type="checkbox"/> Mauvais |

26. **Attention et disponibilité de l'équipe soignante**  Bon  Moyen  Mauvais  
 27. **Respect de l'hygiène des mains**  Bon  Moyen  Mauvais  
 28. **Distribution et conseil sur la prise de médicaments**  Bon  Moyen  Mauvais

**Prise en charge dans le service d'accueil**

29. **Présentation et amabilité**  Bon  Moyen  Mauvais  
 30. **Compréhension des informations données**  Bon  Moyen  Mauvais  
 31. **Respect de votre intimité et dignité**  Bon  Moyen  Mauvais

**Prise en charge au Bloc opératoire et en salle de réveil**

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

**Après votre hospitalisation**

38. **Les informations qui vous ont été données pour vos soins  
après votre séjour**  Bon  Moyen  Mauvais

**Satisfaction générale**

39. **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 :**

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 en :  Chambre simple  Chambre double

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