

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons avoir rendu votre séjour aussi agréable que possible. Vos réponses, critiques ou suggestions nous permettront d'améliorer les conditions de séjour des patients à venir. Nous vous remercions de votre collaboration.

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
Le service effectué par le personnel hôtelier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La literie de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les prestations de votre chambre (télévision, téléphone...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le niveau sonore de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Votre satisfaction générale sur la clinique

	Excellente	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
Quelle est votre opinion sur votre séjour à la clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ **Commentaires :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◆ Renseignements

Age Service Date

Nom (facultatif)

Merci de déposer ce questionnaire dans l'urne prévue à cet effet au niveau de l'accueil.

◆ Votre arrivée à la clinique

	Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Plutôt pas satisfaisante	Pas du tout satisfaisante	Non concerné(e)
--	--------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------	-----------------

En ville, la signalisation de la clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la clinique, la signalisation des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous êtes handicapé(e), l'aménagement de la clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Votre accueil à la clinique

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais	Non concerné(e)
--	-----------	-----	---------	--------------	-----------------

L'accueil du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil réservé à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très facilement	Facilement	Plutôt difficilement	Très difficilement
--	-----------------	------------	----------------------	--------------------

Avez-vous pu identifier le personnel travaillant dans le service :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

◆ Votre attente à la clinique

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais	Non concerné(e)
⇒ Les délais d'attente					
Au service des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au service des consultations des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire avant l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Les conditions de confort pendant l'attente					
Au service des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant de passer des examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au service facturation lors de votre visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Vos soins à la clinique

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
L'attention du personnel soignant face à votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins reçus du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention du personnel soignant (écoute, gentillesse, aide...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec votre (vos) médecin(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité de votre (vos) médecin(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Vos droits et information à la clinique

	Oui	Non		
La charte du patient hospitalisé vous a-t-elle été remise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Excellente	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
Votre information sur votre entrée (jour et heure d'arrivée, documents à apporter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre information sur les frais engagés par votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre information sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre information sur le déroulement des soins dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre information sur votre anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre information sur votre sortie (soins à l'extérieur, médicament...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A chaque fois	Parfois	Rarement	Jamais
Les explications données par les médecins étaient-elles claires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin vous a-t-il demandé votre avis pour tous les actes qu'il a réalisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de votre séjour, votre intimité a-t-elle été respectée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Votre hébergement à la clinique

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
⇒ Que pensez-vous des repas ?				
La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La variété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>