

# Questionnaire de satisfaction

Hospitalisation

## QUELQUES RENSEIGNEMENTS

La date de sortie : \_\_/\_\_/----

Votre nom (facultatif) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Votre département :  77  45  89  91  Autre : \_\_\_\_\_

Etes-vous entré à la clinique :  Hospitalisation programmée  Hospitalisation en urgence

Avez-vous été hébergé en :  Chambre particulière  Chambre double

Vous avez été hospitalisé(e) pour une intervention en :

- Chirurgie orthopédique  Chirurgie gynécologique  Chirurgie digestive et viscérale  
 Chirurgie urologique  Autre : \_\_\_\_\_

## ACCUEIL

Contact téléphonique et accueil  BON  MOYEN  MAUVAIS

## FORMALITES D'ADMISSION ET DE SORTIE

Qualité des informations  BON  MOYEN  MAUVAIS

Délais d'attente  BON  MOYEN  MAUVAIS

## CHAMBRE

Respect de votre demande  BON  MOYEN  MAUVAIS

Propreté, hygiène  BON  MOYEN  MAUVAIS

Service télévision  BON  MOYEN  MAUVAIS

Service téléphone  BON  MOYEN  MAUVAIS

## RESTAURATION

Qualité (goût et préparation)  BON  MOYEN  MAUVAIS

Quantité  BON  MOYEN  MAUVAIS

Respect des plats choisis  BON  MOYEN  MAUVAIS

## MEDECINS

Présentation, amabilité  BON  MOYEN  MAUVAIS

Prise en charge de l'anxiété et de la douleur  BON  MOYEN  MAUVAIS

Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins  BON  MOYEN  MAUVAIS



Tournez la page, S.V.P

## Questionnaire de satisfaction

Hospitalisation

### PERSONNEL DES SERVICES DE SOINS

Présentation, amabilité	<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
Prise en charge de l'anxiété et de la douleur	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Délais d'attente après les appels	<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

### ENVIRONNEMENT SECURITAIRE

Anesthésie	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Précautions contre les infections	<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 OPERATOIRE ET SALLE DE REVEIL

Présentation, amabilité	<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 données	<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

### APRES VOTRE HOSPITALISATION

Informations données pour vos soins après votre séjour	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
--	------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

### SATISFACTION GENERALE

Recommanderez-vous la clinique à vos proches	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
--	------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

### Merci de donner en quelques mots :

Un point fort de la clinique

Un point à améliorer :

Nous vous remercions de bien vouloir déposer le questionnaire dans l'urne située au service des admissions

« Vous serez peut-être contacté par téléphone pour le compte de la clinique dans le cadre de l'enquête nationale de satisfaction des patients diligentée par le Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé »