



Questionnaire de satisfaction
Ambulatoire

Clinique Les Fontaines – 54, Bd Aristide Briand – 77007 MELUN CEDEX
Tél. 01.60.56.40.00 / Fax. 01.64.38.51.55
www.cliniquelesfontaines.com

QUELQUES RENSEIGNEMENTS

La date de sortie : __ / __ / ____

Votre nom (facultatif) : _____ Date de naissance : _____

Votre département : 77 45 89 91 Autre : _____

Vous avez été hospitalisé pour :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique | <input type="checkbox"/> Chirurgie ORL | <input type="checkbox"/> Cardiologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie digestive et viscérale | <input type="checkbox"/> Stomatologie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire |

Vous êtes arrivé(e) : En urgence Admission programmée

AVANT VOTRE ENTREE ET A VOTRE SORTIE

- | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Contact téléphonique et administratif | <input type="checkbox"/> BON | <input type="checkbox"/> MOYEN | <input type="checkbox"/> MAUVAIS |
| Qualité des informations | <input type="checkbox"/> BON | <input type="checkbox"/> MOYEN | <input type="checkbox"/> MAUVAIS |
| Si vous avez été appelé la veille de votre intervention, qualité de l'appel : | <input type="checkbox"/> BON | <input type="checkbox"/> MOYEN | <input type="checkbox"/> MAUVAIS |

HOTELLERIE

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Respect de votre demande de chambre | <input type="checkbox"/> BON | <input type="checkbox"/> MOYEN | <input type="checkbox"/> MAUVAIS |
| Propreté et Hygiène | <input type="checkbox"/> BON | <input type="checkbox"/> MOYEN | <input type="checkbox"/> MAUVAIS |
| Qualité de la collation | <input type="checkbox"/> BON | <input type="checkbox"/> MOYEN | <input type="checkbox"/> MAUVAIS |

PRISE EN CHARGE MEDICALE

- | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 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 avant les actes médicaux ou les soins | <input type="checkbox"/> BON | <input type="checkbox"/> MOYEN | <input type="checkbox"/> MAUVAIS |



Tournez la page, S.V.P





Questionnaire de satisfaction
Ambulatoire

Clinique Les Fontaines – 54, Bd Aristide Briand – 77007 MELUN CEDEX
Tél. 01.60.56.40.00 / Fax. 01.64.38.51.55
www.cliniquelesfontaines.com

PERSONNEL DES SERVICES DE SOINS

- Présentation, amabilité BON MOYEN MAUVAIS
- Délais de réponse aux sonnettes BON MOYEN MAUVAIS
- Prise en charge de l'anxiété et de la douleur BON MOYEN MAUVAIS
- Respect de votre dignité et de votre intimité BON MOYEN MAUVAIS
- Compréhension des informations données sur les soins BON MOYEN MAUVAIS

BLOC OPERATOIRE ET SALLE DE REVEIL

- Présentation, amabilité BON MOYEN MAUVAIS
- Compréhension des informations données BON MOYEN MAUVAIS
- Prise en charge de l'anxiété et de la douleur BON MOYEN MAUVAIS
- Respect de votre dignité et de votre intimité BON MOYEN MAUVAIS

DELAIS

- Délai d'attente entre votre arrivée et votre passage au bloc BON MOYEN MAUVAIS

APRES VOTRE HOSPITALISATION

- Les informations qui vous ont été données pour votre retour à domicile vous ont-elles mises en confiance OUI NON

SATISFACTION GENERALE

- Recommanderez-vous la clinique à vos proches OUI NON

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 ambulatoire

