

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

SAINTES
CLINIQUE RICHELIEU

AMBULATOIRE



NOVEMBRE 2017

Votre journée à la Clinique Richelieu se termine et nous espérons que vous avez été satisfait(e) de nos services. Afin de connaître votre opinion sur notre établissement nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire. Nous prendrons contact avec vous si vous le souhaitez. Merci de déposer ce questionnaire à l'accueil. Il sera analysé par l'équipe qualité dédiée à l'amélioration de votre confort. Bon rétablissement.

VOTRE ACCUEIL A-T-IL ÉTÉ SATISFAISANT ?

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Au bureau des entrées-sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dans le service de chirurgie ambulatoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Votre délai d'attente a-t-il été correct :			
– avant votre installation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– au bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– dans le service ambulatoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– lors de votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LE PERSONNEL SOIGNANT EN SERVICE

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Êtes-vous satisfait du personnel soignant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pour quelles raisons ?			
– gentillesse, disponibilité, écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– compétence, bonne surveillance, sécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– informations satisfaisantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– respect de l'intimité, confidentialité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Avez-vous ressenti de la douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Si oui, vous a-t-on soulagé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION :

.....

.....

.....

OUI NON

COMMENTAIRES

Votre relation avec les médecins qui se sont occupés de vous correspond-elle à votre attente ?

POURQUOI ?

.....

.....

.....

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION :

.....

.....

.....

SI VOUS AVEZ ÉTÉ OPÉRÉ, ÊTES-VOUS SATISFAIT ?

	OUI	NON	COMMENTAIRES
De votre transfert vers le bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De l'accueil et de l'amabilité au bloc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la rapidité de votre prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Du moment passé en salle de réveil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la sécurité ressentie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

VOTRE JOURNÉE À LA CLINIQUE, ÊTES-VOUS SATISFAIT ?

	OUI	NON	COMMENTAIRES
De la propreté et de l'hygiène dans votre chambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la qualité et de la propreté du linge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Du confort des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la température	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Du silence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la collation servie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De l'accueil de votre accompagnant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De l'organisation de votre sortie (formalités, horaires, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION :

.....

	PRÉVUE	EN URGENCE	
Votre entrée était	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	MIEUX	AUSSI BIEN	MOINS BIEN	QUE CE QUE VOUS ATTENDEZ
Globalement votre séjour s'est déroulé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

POURQUOI ?

POURQUOI AVEZ VOUS CHOISI NOTRE CLINIQUE ?

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Recommanderiez-vous cette clinique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

MERCI DE PRÉCISER
 VOTRE NOM :
 VOTRE PROFESSION :
 VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE :
 VOTRE CHIRURGIEN DANS LA CLINIQUE :

DATE :
 N° CHAMBRE :

	0-15 ANS	16-25 ANS	26-45 ANS	46-65 ANS	66 ANS ET +
Votre âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

