

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

SAINTES
CLINIQUE RICHELIEU

HOSPITALISATION



AVRIL 2014

Votre séjour 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
Aux consultations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aux bureaux des entrées-sorties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dans le service de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Au standard téléphonique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Votre délai d'attente a-t-il été correct :			
– au bureau des administrations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– à votre arrivée dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– au bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– lors de votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pour quelles raisons ?			
– sourire, gentillesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– organisation, compétence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– écoute et bonne information	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– avez-vous trouvé facilement la clinique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– le livret d'accueil vous a-t-il convenu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LE PERSONNEL SOIGNANT

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Etes-vous satisfait du personnel soignant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pour quelles raisons :			
– gentillesse, disponibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– compétence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– informations satisfaisantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– bonne surveillance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
– respect de l'intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
La confidentialité a-t-elle été respectée en ce qui vous concerne ?	<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"/>	
Vous êtes-vous senti en sécurité, en confiance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
avez-vous eu besoin d'aide ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
si oui, vous a-t-on aidé ?	<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 ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

POURQUOI ?

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 SÉJOUR À LA CLINIQUE, ÊTES-VOUS SATISFAIT ?

	OUI	NON	COMMENTAIRES
De l'amabilité et la disponibilité du personnel hôtelier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la propreté de votre chambre et de la salle de bains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la qualité et de la propreté du linge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Du confort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la température	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Du silence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De l'organisation de votre sortie (formalités, horaires, conseils...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De l'accueil de votre accompagnant éventuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION :

LES REPAS

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Avez-vous apprécié les repas ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Présentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Variété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Choix	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Goût	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Température	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Suivez-vous un régime alimentaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Si oui, a-t-il été respecté ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION :

VOTRE SÉJOUR

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

POURQUOI AVEZ-VOUS CHOISI NOTRE CLINIQUE ?

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

POURQUOI ?

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

MERCI DE PRÉCISER

VOTRE NOM :

DATE :

VOTRE PROFESSION :

N° CHAMBRE :

VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE :

VOTRE CHIRURGIEN DANS LA CLINIQUE :

	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 :