

## EVALUATION DE LA SATISFACTION VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Pour mieux vous accueillir et répondre à vos attentes, nous vous proposons de prendre quelques instants afin de remplir ce questionnaire de satisfaction. Vous pouvez le déposer dans l'une des urnes prévues à cet effet. Nous vous remercions d'avance pour le temps consacré à le remplir.

### ACCUEIL :

Quel est votre avis sur ?

- 1. La qualité de l'information
- 2. L'orientation
- 3. Le délai d'attente
- 4. La courtoisie du personnel
- 5. Le livret d'accueil
- 6. Le Port du bracelet



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SOINS :

Que pensez-vous ?

- 7. De l'accueil dans le service
- 8. De l'identification du personnel
- 9. De la rapidité de la prise en charge dans le service
- 10. De la qualité des soins reçus
- 11. De la disponibilité et écoute du personnel soignant
- 12. De la disponibilité des médecins



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DROITS ET INFORMATION :

Quel est votre avis sur ?

- 13. La clarté des informations reçues sur votre état de santé
- 14. La prise en compte de votre consentement pour les différents examens et actes médicaux
- 15. Le respect de votre intimité et de votre pudeur
- 16. La prise en charge de votre douleur



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CONFORT :

Que pensez-vous ?

- 17. Du confort de votre chambre (lit, literie, papier, savon, liquide...)
- 18. De la propreté de votre chambre
- 19. Du calme dans le service



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### REPAS :

Quel est votre avis sur ?

- 20. La qualité des repas
- 21. Le respect de votre régime



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SORTIE :

Que pensez-vous ?

- 22. Des explications délivrées sur les médicaments prescrits à votre sortie
- 23. Des informations sur les soins à pratiquer de retour à votre domicile
- 24. De la préparation de votre sortie



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SATISFACTION GLOBALE :

- 25. Quel est votre avis sur la qualité globale des services offerts à la clinique ?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 26. Recommanderiez-vous notre clinique à vos proches ?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

Clinique : .....

Date du début de séjour : .../.../..... Durée du séjour (en jours) : .....

Chambre : ..... Sexe : Féminin  Masculin  Âge : .....

Nationalité : .....

Facultatif:

Nom et Prénom : ..... Médecin traitant : .....

Téléphone / Email : .....