



Questionnaire de sortie

Unités d'hospitalisation

Votre avis nous Intéresse.

Madame, Monsieur,

Soucieux d'améliorer vos conditions d'accueil et de prise en charge, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire de satisfaction.

La Direction

Date :

N° chambre :

Intervention :

1. Quel est votre NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE sur votre séjour ?

Très satisfait Satisfait Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

2. Que diriez-vous de l'ACCUEIL que vous avez reçu (amabilité, disponibilité, écoute) ?

| | Excellent | Très bon | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A la pré-admission / admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A l'accueil de la clinique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans le service de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Que diriez-vous des DELAIS D'ATTENTE au cours de votre séjour ?

| | Excellents | Très bons | Bons | Mauvais | Très mauvais |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A la pré-admission / admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A l'accueil de la clinique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avant l'entrée en chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avant le départ au bloc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avant la sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Que diriez-vous des précautions prises pour respecter votre INTIMITE ?

| | Excellentes | Très bonnes | Bonnes | Mauvaises | Très mauvaises |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dans le service de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Que diriez-vous du respect de la CONFIDENTIALITE des Informations vous concernant ?

| | Excellent | Très bon | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A la pré-admission / admission | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A l'accueil de la clinique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans le service de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Que diriez-vous de la qualité de l'INFORMATION reçue ?

| | Excellente | Très bonne | Bonne | Mauvaise | Très mauvaise |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'information sur votre séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'information médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Que diriez-vous de la qualité de la PRISE EN CHARGE ?

| | Excellente | Très bonne | Bonne | Mauvaise | Très mauvaise |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La qualité des soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le transfert au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en compte de l'entourage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Que diriez-vous du CONFORT DE LA CHAMBRE ?

| | Excellent | Très bon | Bon | Mauvais | Très mauvais |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le calme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'équipement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Que diriez-vous de la qualité des REPAS ?

| | Excellente | Très bonne | Bonne | Mauvaise | Très mauvaise |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La qualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La quantité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La présentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La diversité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Que diriez-vous de la PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ?

| | Aucune douleur | Douleur supportable | Douleur intense | Douleur insupportable |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avant l'intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En salle de réveil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au retour en chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La 1 ^{ère} nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le lendemain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les jours suivants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Pas concerné | Totalement | Partiellement | Pas du tout |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A-t-on pu soulager votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous des remarques, des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez une réponse personnalisée, merci de nous indiquer vos coordonnées :

Nom : Prénom : Téléphone :

Adresse :

V1 du 01/03/2018