



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"/>				
A l'accueil de la clinique	<input type="checkbox"/>				
Dans le service de soins	<input type="checkbox"/>				
Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>				

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

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

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

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

5. Que diriez-vous du respect de la CONFIDENTIALITÉ des informations vous concernant ?

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

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

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

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

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

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

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

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

	Excellent	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
La qualité	<input type="checkbox"/>				
La quantité	<input type="checkbox"/>				
La présentation	<input type="checkbox"/>				
La température	<input type="checkbox"/>				
La diversité	<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 :