



## ENQUÊTE DE SATISFACTION

### SERVICE

CHIRURGIE

MÉDECINE

ESTHÉTIQUE

Numéro de chambre : .....

**Votre avis est précieux !** Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

1	LE SERVICE D'ACCUEIL	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Avez-vous reçu le livret d'accueil :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
	<b>REMARQUES</b> .....					
	.....					
	.....					

2	LES SOINS INFIRMIERS	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Identification des fonctions professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Information régulière de la part du personnel sur votre état de santé votre traitement et vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Compréhension des réponses apportées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Attention humaine des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Attention humaine des infirmiers et autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Politesse des infirmiers et autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Aide pour les activités de la vie courante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Rapidité de réponse aux sonnettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Prise charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Prise en compte des inconforts liés à votre état de santé (nausées, position, vertiges...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Information sur les effets indésirables possibles des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Participation aux décisions concernant vos soins et traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Qualité de l'information sur les possibles complications liées à un examen invasif (fibroscopie, ponction...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>REMARQUES</b> .....					
	.....					
	.....					

3 LE SERVICE HÔTELIER	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Aspect et confort des chambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Température de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Calme durant le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REMARQUES** .....

.....

.....

4 LA RESTAURATION	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Présentation des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Qualité gustative des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Variété des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Prise en charge diététique uniquement dans le cadre d'un régime instauré par l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REMARQUES** .....

.....

.....

5 LA SORTIE	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Information sur le traitement à suivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Information donnée sur la reprise de vos activités (travail, sport, activités habituelles) après la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Information donnée sur les signes ou complication devant vous amener à contacter la clinique et le praticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Organisation de la sortie (date, destination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
› Information donnée à votre entourage au cours de l'hospitalisation et sur votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REMARQUES** .....

.....

.....

**OPTIONS - RECOMMANDATIONS**

Globalement vous êtes :  TRÈS SATISFAIT  SATISFAIT  ASSEZ SATISFAIT  PEU SATISFAIT  PAS SATISFAIT

**REMARQUES OU SUGGESTIONS :** .....

.....

.....

Recommanderiez-vous la Clinique à une personne pour une intervention : OUI  NON

SI non pourquoi : .....

.....

**Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez vous pouvez nous laisser vos coordonnées :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....