

Questionnaire de satisfaction



CLINIQUE GASTON METIVET - Service MATERNITÉ

Nous vous prions de bien vouloir consacrer quelques minutes pour remplir le questionnaire ci-dessous.

Son analyse nous permettra d'améliorer la qualité de nos prestations afin de mieux répondre à vos attentes.

Ce questionnaire est anonyme, toutefois une réponse personnalisée présente plus d'intérêt pour son exploitation.

Nous vous demandons de bien vouloir nous mentionner :

- date d'entrée : - date de sortie.....
- la chambre - si observations sur celle-ci :
- entrée : programmée en urgence

COMMENT JUGEZ-VOUS L'ACCUEIL À VOTRE ADMISSION ?

	 Excellent	 Bon	 Passable	 Mauvais
- Amabilité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rapidité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Simplicité des procédures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Respect de la confidentialité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENT JUGEZ-VOUS VOTRE SÉJOUR ?

	Excellent	Bon	Passable	Mauvais
LES REPAS				
- Qualité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Choix.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Quantité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Présentation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA CHAMBRE				
- Confort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Propreté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Environnement sonore.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Température.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENT JUGEZ-VOUS L'ÉQUIPE MÉDICALE ?

	Excellent	Bon	Passable	Mauvais
- Obstétricien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anesthésiste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pédiatre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sage-femme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENT JUGEZ-VOUS LE PERSONNEL ?

	Excellent	Bon	Passable	Mauvais
PERSONNEL SOIGNANT				
- Identification.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Disponibilité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Attention.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Amabilité.....	<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"/>
- Information/Education thérapeutique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous sentiez-vous attendu(e) ?.....	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

COMMENT JUGEZ-VOUS LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE BÉBÉ ?



Excellent



Bon



Passable



Mauvais

- Disponibilité Excellent Bon Passable Mauvais
- Information/Education thérapeutique Excellent Bon Passable Mauvais

VOTRE ACCOUCHEMENT

Il s'est déroulé par : voie basse césarienne programmée césarienne en urgence

En cas d'accouchement par césarienne,

comment jugez-vous votre accueil au bloc opératoire :

- | | Excellent | Bon | Passable | Mauvais |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Délai d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Amabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autre : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ?

PERIDURALE

Avez-vous bénéficié d'une péridurale ? OUI NON

Si oui, vous a-t-elle soulagée : Pas du tout Un peu Beaucoup Enormément

Si non, pourquoi ? Refus de votre part Plus le temps pour la poser Contre indication médicale Autre :

PENDANT VOTRE SEJOUR

- | | Pas du tout | Un peu | Beaucoup | Enormément |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Avez-vous souffert au cours du séjour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Votre douleur a-t-elle été calmée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Si vous êtes non satisfait(e), précisez :

LA PRÉPARATION À LA NAISSANCE

Vous avez suivi le programme de préparation à la naissance proposé à la Clinique : OUI NON

Si oui, cette préparation a-t-elle répondu à vos attentes ? OUI PARTIELLEMENT NON

Si non, pourquoi :

LA CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

Une consultation psychologique est ouverte à la clinique ; si vous le souhaitez,

vous pouvez solliciter un rendez-vous : le saviez-vous ? OUI NON

Avez-vous éprouvé le besoin d'être davantage soutenue

psychologiquement durant votre séjour ? OUI NON

Avez-vous sollicité une consultation avec la psychologue ? OUI NON

Si oui, cette consultation vous a-t-elle permis de répondre à une partie de vos attentes ? OUI NON

COMMENT JUGEZ-VOUS GLOBALEMENT

NOTRE ÉTABLISSEMENT ? Excellent Bon Passable Mauvais

SUGGESTIONS OU REMARQUES ?

.....

.....

.....

.....

Recommanderiez-vous la clinique à vos amis ? OUI NON NE SAIT PAS

En cas de nouvelle hospitalisation, reviendriez-vous dans l'établissement ? OUI NON NE SAIT PAS

Nous vous remercions de votre participation. Votre avis nous fait progresser, rendant ainsi la vie hospitalière plus agréable.
La Direction