

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SERVICE MÉDECINE

Nous vous remercions 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) :

COMMENT AVEZ-VOUS JUGÉ L'ACCUEIL À VOTRE ADMISSION ?

	<i>EXCELLENT</i>	<i>BON</i>	<i>PASSABLE</i>	<i>MAUVAIS</i>
- Amabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Rapidité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Simplicité des procédures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Respect de la confidentialité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Avez-vous reçu le livret d'accueil (comportant des informations sur l'admission, la sortie, la possibilité de demande de dossier...)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON		

COMMENT AVEZ-VOUS JUGÉ VOTRE SÉJOUR ?

	<i>EXCELLENT</i>	<i>BON</i>	<i>PASSABLE</i>	<i>MAUVAIS</i>
▪ LES REPAS				
- Qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Choix	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Quantité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Présentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ LA CHAMBRE				
- Confort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Propreté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Environnement sonore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Température	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMMENT AVEZ-VOUS JUGÉ L'INFORMATION MÉDICALE ?

	<i>EXCELLENT</i>	<i>BON</i>	<i>PASSABLE</i>	<i>MAUVAIS</i>
▪ MALADIE / DIAGNOSTIC				
- Contact avec le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Explications	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ TRAITEMENTS				
- Explications	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ EXAMENS				
- Explications	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Délai d'attente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Etes-vous satisfait des explications données avant la signature du consentement éclairé (accord pour la réalisation de l'acte opératoire) ? OUI NON NON CONCERNÉ

COMMENT AVEZ-VOUS JUGÉ LE PERSONNEL ?

	EXCELLENT	BON	PASSABLE	MAUVAIS
▪ PERSONNEL SOIGNANT				
- Identification	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Disponibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Amabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Respect de l'intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Vous sentiez-vous attendu(e) ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON		
▪ AUTRES PERSONNELS				
- Identification	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Disponibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Attention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Amabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Respect de l'intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMMENT AVEZ-VOUS JUGÉ LES SOINS ?

▪ INFORMATION		OUI	NON	
Avez-vous reçu des informations concernant les soins ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Si oui, les avez-vous jugées :				
- suffisantes ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- compréhensibles ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- utiles à votre compréhension des soins ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Avez-vous bénéficié d'informations éducatives ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
(traitement médicamenteux, alimentation, soins post opératoires, rééducation...)				
Si oui, avez-vous trouvé cette information utile et compréhensible ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
▪ PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	EXCELLENT	BON	PASSABLE	MAUVAIS
Comment jugez-vous la prise en charge de votre douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous êtes non satisfait(e), précisez :			
			
▪ Comment jugez-vous globalement, notre établissement ?	EXCELLENT	BON	PASSABLE	MAUVAIS
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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