

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT

Médecine

Soucieux d'améliorer vos conditions de prise en charge au sein de notre établissement, nous souhaiterions connaître votre opinion sur la qualité du service. Nous vous invitons à remplir ce questionnaire de manière anonyme.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Date :..... :..... :.....



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas satisfait.

L'accueil lors de votre séjour



- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les informations transmises sur le déroulement de votre séjour vous ont-elles semblées ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les informations transmises concernant le transfert du domicile à la clinique vous ont-elles semblées (patient, famille) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualité de l'accueil administratif (secrétariat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Délai d'attente administratif (secrétariat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques/ Suggestions :

.....

.....

Soins infirmiers

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Accueil dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ecoute et disponibilité des équipes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualité des informations données par les équipes soignantes, par les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualité des soins donnés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respect de votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respect de la confidentialité des informations personnelles ou médicales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge de votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge par le brancardier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en compte de votre autonomie (levée régulière) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en compte de la continence (suivi régulier) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques/ Suggestions :

.....

.....

Service hôtelier

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le confort de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La propreté de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le calme dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Remarques/ Suggestions :

.....

.....

Service restauration



Présentation des repas	<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"/>
Quantité des repas	<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"/>
Respect des régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques/ Suggestions :

.....

.....

Informations données

Données par le service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Données fournies par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Données par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Données pour préparer votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la personne de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des directives anticipées (avez-vous été informés ?)

Remarques/ Suggestions :

.....

.....

Satisfaction globale

Globalement, vous êtes

Recommanderiez-vous la clinique du Val d'Ouest à votre entourage ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....