

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT

### Maternité

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.



Les informations transmises sur le déroulement de votre séjour vous ont-elles semblées ?

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
 .....

### L'accueil lors de votre séjour

Facilité d'accès au service (Parking, signalisation...)	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil en salle d'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil en service de maternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
 .....

### Les soins

Ecoute et disponibilité des équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations données par les équipes	<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"/>
Accompagnement dans la prise en charge de l'allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils reçus concernant les soins au nouveau-né	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention réservée au conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
 .....

**Expérience patient « Patient en auto-administration de ses médicaments »**

Aviez-vous déjà été intégré dans une démarche PAAM au cours d'une hospitalisation précédente ?  Oui  Non  Ne sais pas

Diriez-vous que vous êtes plus à l'aise au moment de la sortie pour gérer vos médicaments à domicile ?  Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord  Ne sais pas

Que pensez-vous de l'information écrite que vous avez reçue sur le dispositif PAAM ? (plusieurs réponses possibles)  Simple  Compliquée  Utile  Indispensable  Ne sais pas

Que pensez-vous de l'information orale que vous avez reçue sur le dispositif PAAM ? (plusieurs réponses possibles)  Complète  Incomplète  Utile  Indispensable  Ne sais pas

Souhaiteriez-vous le même dispositif si vous êtes réhospitalisés ?  Pas du tout d'accord  Pas d'accord  D'accord  Tout à fait d'accord  Ne sais pas

**Remarques/ Suggestions :**

.....

.....

.....

.....

**Service hôtelier**



Le confort de votre chambre

La propreté de votre chambre

Le calme dans le service

Avez-vous pu bénéficier d'une offre hôtelière ?  Oui  Non

**Laquelle ?**

Duo  Only  Only  Only  Only  Only  Plus  Plus  Plus  Plus  Plus  Plus  Plus

Cocoon Cocoon connecté express gourmet matin beauté bien-être connecté duo gourmet gourmet matin

Comment jugez-vous le rapport qualité/ prix de ce service ?

**Remarques/ Suggestions :**

.....

.....

**Service restauration**



Présentation des repas

Qualité gustative des repas

Quantité des plats

Variété des plats

**Remarques/ Suggestions :**

.....

.....

**Organisation de votre sortie**

Conseils sur le suivi et la surveillance du nouveau-né

Satisfaction globale

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

Oui  Non

Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....