

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT

## Chirurgie

Vous avez été hospitalisé(e) à la Clinique Val d'Ouest. Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, nous souhaitons connaître à partir de ce questionnaire qui vous est adressé, votre satisfaction relative à votre prise en charge lors de votre passage.

Nous vous remercions pour cette démarche participative qui nous permet de vous offrir une prise en charge médicale et paramédicale de qualité.

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



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas satisfait.



### 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"/>
Facilité d'accès au service (parking, signalisation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'accueil administratif	<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"/>

### Remarques/ Suggestions :

.....  
 .....

### Les 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, 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 l'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 la 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"/>
Pour les enfants : utilisation des voitures « P'tits doudous »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente avant le bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente avant d'entrer en salle d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil en salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur en salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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  Oui  Non

Si oui, de quel type ?

- Duo Cocoon
- Only Cocoon
- Only connecté
- Only express
- Only gourmet
- Only matin
- Plus beauté
- Plus bien-être bébé
- Plus connecté
- Plus duo
- Plus duo gourmet
- Plus gourmet
- Plus matin

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

**Remarques/ Suggestions :**

.....

.....

**Service restauration**

Présentation des repas

Qualité gustative des repas

Quantité des repas

Variété des plats

Respect des régimes

**Remarques/ Suggestions :**

.....

.....

**Informations données**

Données par le service administratif

Données fournies par le médecin

Données par l'équipe soignante

Données pour préparer votre sortie

De la personne de confiance :

Avez-vous été informé (des directives anticipées) ?

**Remarques/ Suggestions :**

.....

.....

**Satisfaction globale**

Globalement, vous êtes

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

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....