



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Nous vous remercions de nous faire part de vos appréciations sur votre séjour au sein de la clinique.
 Vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer encore, la qualité de nos prestations.

DUREE DE VOTRE PASSAGE OU SEJOUR A LA CLINIQUE

Quelques Heures ou une Journée.....
 ou
 Plusieurs jours

Cocher d'une croix la case correspondante

1) VOTRE ACCUEIL AUX ENTREES

Accueil
 Ecoute

2) VOTRE ACCUEIL EN SERVICE

Délai d'attente

3) VOTRE INFORMATION

- sur les conditions de votre séjour
- sur l'organisation des soins.....
- sur les informations contenues dans le livret d'accueil
- sur les réponses à vos questions en général
- sur les informations fournies par les médecins.....
- sur les informations fournies par le personnel soignant.....

4) VOTRE SEJOUR

- sur la qualité des soins.....
- sur la disponibilité du personnel
- sur la prise en compte de votre douleur
- sur le respect de votre intimité
- sur le respect de la confidentialité
- sur les délais d'attente en service de soins.....
- sur les délais d'attente au bloc opératoire.....
- sur la préparation de votre sortie.....

5) VOTRE HEBERGEMENT

- sur le confort et la propreté des chambres
- sur la qualité des repas, collation
- sur le niveau de bruit
- sur la propreté de l'Etablissement

6) VOTRE RELATION

- avec les médecins
- avec les infirmières
- avec les aides-soignantes
- avec les autres salariés ou intervenants

	Peu Satisfait	Pas Satisfait	Satisfait	Très satisfait
Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute	<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"/>
- sur les conditions de votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur l'organisation des soins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur les informations contenues dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur les réponses à vos questions en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur les informations fournies par les médecins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur les informations fournies par le personnel soignant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur la qualité des soins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur la disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur la prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur les délais d'attente en service de soins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur les délais d'attente au bloc opératoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur la préparation de votre sortie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur le confort et la propreté des chambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur la qualité des repas, collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur le niveau de bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur la propreté de l'Etablissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avec les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avec les infirmières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avec les aides-soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avec les autres salariés ou intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) VOS SUGGESTIONS ET VOS REMARQUES

.....

FACULTATIF Nom Prénom Chambre N°
 Date du séjour : du au

BS-028 V du 01/10/2014

Questionnaire à déposer dans l'urne à l'ACCUEIL ou à adresser par courrier à la Direction de la Clinique