



VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

La Direction, l'équipe médicale, le personnel, animés par un souci permanent de qualité, souhaitent recueillir votre avis.

Vous pouvez donc, de façon anonyme, nous faire part de vos observations en répondant à ce questionnaire que vous pourrez déposer dans la boîte aux lettres disposée dans le service ou à l'équipe de soins avant de partir.

Nous vous en remercions par avance, vous assurons de notre entière disponibilité et vous souhaitons un très prompt rétablissement.

La Direction

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (X) la case de votre choix
TS = Très Satisfait S = Satisfait M = Mécontent TM = Très Mécontent

Votre séjour du ____ / ____ / ____

Avez-vous eu le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Les informations contenues dans le livret d'accueil vous ont parue...	TS	S	M	TM

ADMISSION – QUALITE ACCUEIL - INFORMATIONS	TS	S	M	TM
L'ACCUEIL téléphonique de notre établissement				
L'ACCUEIL entrée principale de l'établissement				
L'ACCUEIL par le service ADMINISTRATIF				
L'ACCUEIL par le service de SOINS				
LE DELAI d'attente				
L'IDENTIFICATION des professionnels rencontrés				
LES INFORMATIONS reçues concernant votre hospitalisation				
LES INFORMATIONS reçues concernant la prise en charge de votre séjour				

QUALITE DES SOINS	TS	S	M	TM
LES INFORMATIONS sur le traitement et les soins dispensés				
LA QUALITE des soins par votre médecin et/ou chirurgien				
LA QUALITE des soins par l'équipe soignante				
LE RESPECT de votre INTIMITE et de la CONFIDENTIALITE				
LA QUALITE de la relation (disponibilité, écoute) par l'équipe soignante				
LA QUALITE de la relation (disponibilité, écoute) par le médecin et/ou chirurgien				
L'ATTENTION réservée à VOS PROCHES				

QUALITE DE VOTRE PRISE EN CHARGE	TS	S	M	TM
Par l'équipe médicale				
Par l'équipe du bloc opératoire				
Par l'équipe salle de réveil				
Par l'équipe de brancardage				
Par l'équipe soignante				

QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	TS	S	M	TM
Que pensez-vous de l'efficacité des soins reçus pour calmer votre douleur				

TOURNEZ SVP →



QUALITE DES PRESTATIONS HOTELIERES	TS	S	M	TM
LA PROPRETE de votre chambre				
LE CONFORT de la chambre				
LA PRESTATION TV				
LE NIVEAU de bruit dans le service (ou dans votre chambre)				
LA COLLATION servie				

VOTRE SORTIE – QUALITE ACCUEIL – INFORMATIONS	TS	S	M	TM
L'ACCUEIL au BUREAU DES SORTIES				
L'ACCUEIL au SECRETARIAT CHIRURGIE				
LES INFORMATIONS concernant votre SORTIE ADMINISTRATIVE				
LES INFORMATIONS concernant les CONSIGNES MEDICALES				
LE DELAI d'attente AU BUREAU DES SORTIES				
LE DELAI d'attente AU SECRETARIAT DE CHIRURGIE				
Les papiers de sorties vous ont-ils été remis dans votre chambre	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	

APPRECIATIONS GLOBALES	TS	S	M	TM
Votre OPINION GENERALE sur votre séjour				
Conseilleriez-vous la Clinique du Parc à votre entourage	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	

Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

*Ce questionnaire est terminé. Merci de nous le retourner.
Nous vous remercions de votre participation à cette étude
qui contribuera à améliorer la qualité des soins dans notre établissement.*