

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

	Peu Satisfait	Pas Satisfait	Satisfait	Très satisfait
1) VOTRE ACCUEIL				
AUX ENTREES (accueil/écoute)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EN SERVICE (accueil/ écoute)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) VOTRE INFORMATION				
- sur les conditions de votre séjour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur l'organisation des soins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur les informations contenues dans le livret d'accueil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur les réponses à vos questions en général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur les informations fournies par les médecins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur les informations fournies par le personnel soignant.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) VOTRE SEJOUR				
- sur la qualité des soins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur la disponibilité du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur la prise en compte de votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur le respect de votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur le respect de la confidentialité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur les délais d'attente en service de soins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur les délais d'attente au bloc opératoire.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur la préparation de votre sortie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) VOTRE RELATION				
- avec les médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- avec les infirmières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- avec les aides-soignantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- avec les autres salariés ou intervenants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) VOTRE HEBERGEMENT				
- sur le confort et la propreté des chambres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur la qualité des repas, collation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur le niveau de bruit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sur la propreté de l'Etablissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6) VOS SUGGESTIONS ET VOS REMARQUES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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