

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT

### Etablissement Spécimen

### COMMENT JUGEZ-VOUS LES POINTS SUIVANTS :

#### VOTRE ARRIVEE A LA CLINIQUE

	Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Plutôt pas satisfaisante	Pas du tout satisfaisante	Non concerné(e)
En ville la signalisation de la clinique	0	0	0	0	0
Dans la clinique, la signalisation des services	0	0	0	0	0
Si vous êtes handicapé(e), l'aménagement de la clinique	0	0	0	0	0

#### VOTRE ACCUEIL A LA CLINIQUE

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais	Non concerné(e)
L'accueil du personnel administratif	0	0	0	0	0
L'accueil du personnel soignant	0	0	0	0	0
L'accueil réservé à vos proches	0	0	0	0	0

L'attente dans les services suivants :

	Très raisonnable	Raisonné	Pas très raisonnable	Sans attente	Non concerné(e)
Au service des Urgences	0	0	0	0	0
A la réception de la clinique	0	0	0	0	0
Au service des consultations des médecins	0	0	0	0	0
Au service Admissions de la clinique	0	0	0	0	0
Au bloc opératoire avant l'intervention chirurgicale	0	0	0	0	0
Avant de passer des examens Complémentaires	0	0	0	0	0
Au service des facturations lors de votre sortie	0	0	0	0	0

Les conditions d'attentes dans les services suivants

	Excellentes	Bonnes	Mauvaises	Très mauvaises	Non concerné(e)
Au service des Urgences	0	0	0	0	0
A la réception de la clinique	0	0	0	0	0
Au service des consultations des médecins	0	0	0	0	0
Au service Admissions de la clinique	0	0	0	0	0
Au bloc opératoire avant l'intervention chirurgicale	0	0	0	0	0
Avant de passer des examens complémentaires	0	0	0	0	0
Au service des facturations lors de votre visite	0	0	0	0	0

#### VOS SOINS A LA CLINIQUE

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais	Non concerné(e)
L'attention du personnel soignant face à votre douleur	0	0	0	0	0
Les soins reçus du personnel soignant	0	0	0	0	0
L'attention du personnel soignant (écoute, gentillesse, aide...)	0	0	0	0	0
Les relations avec votre (vos) médecin(s)	0	0	0	0	0
La disponibilité de votre (vos) médecin(s)	0	0	0	0	0
L'intervention du kinésithérapeute	0	0	0	0	0

#### VOS DROITS ET INFORMATION A LA CLINIQUE

	OUI	NON
La charte du patient hospitalisé vous a t-elle été remise ?	0	0
Le livret d'accueil vous a t-il été remis ?	0	0

	Excellente	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise	Non concerné(e)
Votre information sur votre entrée (jour et heure d'arrivée, document à amener)	θ	θ	θ	θ	
Votre information sur la possibilité de vous faire accompagner (ou d'accompagner) votre enfant	θ	θ	θ	θ	θ
Votre information sur les frais engagés par votre séjour	θ	θ	θ	θ	θ
Votre information sur votre état de santé	θ	θ	θ	θ	θ
Votre information sur le déroulement des soins dans le service	θ	θ	θ	θ	θ
Votre information sur le passage au bloc opératoire	θ	θ	θ	θ	θ
Votre information sur votre Anesthésie	θ	θ	θ	θ	θ
Votre information sur votre sortie (soins à l'extérieur, médicament...)	θ	θ	θ	θ	θ

	A chaque fois	Parfois	Rarement	Jamais
Les explications données par les médecins étaient-elles claires ?	θ	θ	θ	θ
Votre médecin vous a-t-il demandé votre avis pour tous les actes qu'il a réalisés ?	θ	θ	θ	θ
Lors de votre séjour, votre intimité a-t-elle été respectée ?	θ	θ	θ	θ

### VOTRE HEBERGEMENT A LA CLINIQUE

Concernant les repas que souhaiteriez-vous voir améliorer ? (2 choix possibles)

	OUI	NON
La qualité	θ	θ
La quantité	θ	θ
La variété	θ	θ
La température	θ	θ
La présentation	θ	θ
Les horaires	θ	θ
Les collations	θ	θ

Le temps pour consommer	θ	θ	θ	θ	θ
	Excellent(e)	bon(ne)	mauvais(e)	très mauvais(e)	non concerné
Le service effectué par le personnel hôtelier	θ	θ	θ	θ	θ
La literie de votre chambre	θ	θ	θ	θ	θ
Les prestations de votre chambre (TV, téléphone...)	θ	θ	θ	θ	θ
La propreté de votre chambre	θ	θ	θ	θ	θ
Quelles sont les nuisances qui vous ont gênées durant votre séjour ?	OUI	NON			
Le bruit	θ	θ			
La température	θ	θ			
La lumière	θ	θ	Aucune nuisance		θ
Les odeurs	θ	θ			

### VOTRE SATISFACTION GENERALE SUR LA CLINIQUE

	Excellente	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise	Non concerné
Quelle est votre opinion sur votre séjour à la clinique ?	θ	θ	θ	θ	θ

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....