

# QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION



## Hospitalisation de jour en gériatrie

Madame, Monsieur,

Dans un souci constant d'améliorer la qualité de nos services, vous trouverez ci-dessous, un questionnaire destiné à recueillir votre opinion sur votre séjour au sein de notre établissement. Afin de noter en toute liberté, sachez que ce questionnaire est confidentiel et anonyme. Merci d'avance de prendre quelques instants de votre temps pour le remplir.

**Vous pouvez déposer ce questionnaire auprès d'un membre du personnel.**

Nous vous remercions pour votre participation.

	OUI		NON		Non concerné
<b>Etes-vous satisfait de L'ACCUEIL DE LA CLINIQUE concernant :</b>					
Votre accueil et/ou celui de vos proches lors des formalités administratives (amabilité, disponibilité, informations délivrées...)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Votre délai d'attente au moment de l'admission	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Les informations transmises par notre service avant votre admission (échanges téléphoniques, plaquettes, sites internet)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Les informations délivrées à propos des services proposés par notre établissement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
L'accueil des professionnels de santé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Les documents remis à l'entrée : le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	OUI		NON		Non concerné
<b>Etes-vous satisfait DES CONDITIONS DE SEJOUR concernant :</b>					
La propreté de l'établissement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
L'équipement de l'établissement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Le confort de l'établissement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	Non concerné
<b>Etes-vous satisfait de VOTRE PRISE EN CHARGE concernant :</b>			
Le recueil de votre consentement pour toute décision vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité des données vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La politesse et le respect du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité des professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les activités proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des dates et des horaires de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations que l'on vous donne sur votre état de santé, sur la maladie et les traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre douleur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Morale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommanderiez-vous notre clinique ?  Oui  Non

Dans l'ensemble, comment jugez-vous votre prise en charge au sein de notre établissement ?

Très mauvaise		Mauvais		Moyenne		Satisfaisante		Très satisfaisante	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, comment vous sentez vous ?

Beaucoup plus mal		Moins bien		Pareil		Mieux		Beaucoup mieux	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires et suggestions :

.....

.....

.....