

# QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION



## Hospitalisation complète

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 à l'accueil ou auprès d'un membre du personnel soignant.**

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"/> |
| La signalétique de notre établissement   | <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 niveau de bruit dans la clinique :                            |                          |  |                          |  |                          |
| ✓ Le jour  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| ✓ La nuit  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| Le confort et l'équipement de la chambre                         | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| La propreté de la chambre  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

|  | OUI                      |  | NON                      |  | Non concerné             |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <b>Etes-vous satisfait de LA RESTAURATION concernant :</b>     |                          |  |                          |  |                          |
| La qualité du service  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de votre régime et/ou de vos habitudes alimentaires | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des repas :   |                          |  |                          |  |                          |
| ✓ Le goût  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| ✓ La variété   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| ✓ La quantité  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| ✓ La température   | <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"/> |
| Le respect de votre intimité  | <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"/> |
| La place de votre entourage au sein de notre dispositif de prise en charge                      | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge des professionnels de jour   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge des professionnels de nuits  | <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"/> |
| Le délai de réponse aux sonnettes   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| Votre douleur :   |                          |  |                          |  |                          |
| ✓ 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 :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....