

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
L'ACCUEIL DE LA CLINIQUE			
Etes-vous satisfait de votre accueil lors des formalités administratives (amabilité, disponibilité, informations) ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait de votre décal d'attente au moment de l'admission ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait des informations transmises par notre service avant votre admission (échanges téléphoniques, plaquettes, sites internet) ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait des informations délivrées à propos des services proposés par notre établissement ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait de l'accueil des professionnels de santé ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait des documents remis à l'entrée ?	OUI	NON	Non concerné

	OUI	NON	Non concerné
DES CONDITIONS DE SEJOUR			
Etes-vous satisfait de la propreté de l'établissement ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait de l'équipement de l'établissement ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait du confort de l'établissement ?	OUI	NON	Non concerné

OUI	NON	Non concerné
-----	-----	--------------

VOTRE PRISE EN CHARGE

Etes-vous satisfait du recueil de votre consentement pour toute décision vous concernant ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait du respect de la confidentialité des données vous concernant ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait de la politesse et le respect du personnel ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait de la disponibilité des professionnels ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait des activités proposées ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait du respect des dates et des horaires de rendez-vous ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait de la prise en charge par les professionnels ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait des informations que l'on vous donne sur votre état de santé, sur la maladie et les traitements ?	OUI	NON	Non concerné
Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur : ✓ Physique ✓ Morale	OUI OUI	NON NON	Non concerné

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 :

.....

.....

.....