

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
Etes-vous satisfait de L'ACCUEIL DE LA CLINIQUE concernant :					
Votre accueil et/ou celui de vos proches lors des formalités administratives (amabilité, disponibilité, informations délivrées...)	☐		☐		☐
Votre délai d'attente au moment de l'admission	☐		☐		☐
Les informations transmises par notre service avant votre admission (échanges téléphoniques, plaquettes, sites internet)	☐		☐		☐
Les informations délivrées à propos des services proposés par notre établissement	☐		☐		☐
L'accueil des professionnels de santé	☐		☐		☐
La signalétique de notre établissement	☐		☐		☐
Les documents remis à l'entrée : le livret d'accueil	☐		☐		☐
	OUI		NON		Non concerné
Etes-vous satisfait des CONDITIONS DE SEJOUR concernant :					
La propreté de l'établissement	☐		☐		☐
L'équipement de l'établissement	☐		☐		☐
Le niveau de bruit dans la clinique :					
✓ Le jour	☐		☐		☐
✓ La nuit	☐		☐		☐
Le confort et l'équipement de la chambre	☐		☐		☐
La propreté de la chambre	☐		☐		☐
	OUI		NON		Non concerné
Etes-vous satisfait de LA RESTAURATION concernant :					
La qualité du service	☐		☐		☐
Le respect de votre régime et/ou de vos habitudes alimentaires	☐		☐		☐
La qualité des repas le midi :					
✓ Le goût	☐		☐		☐
✓ La variété	☐		☐		☐
✓ La quantité	☐		☐		☐
✓ La température	☐		☐		☐

	OUI		NON		Non concerné
La qualité des repas le soir :					
✓ Le goût	☐		☐		☐
✓ La variété	☐		☐		☐
✓ La quantité	☐		☐		☐
✓ La température	☐		☐		☐

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

Etes-vous satisfait de VOTRE PRISE EN CHARGE concernant :					
Le recueil de votre consentement pour toute décision vous concernant	☐		☐		☐
Le respect de la confidentialité des données vous concernant	☐		☐		☐
Le respect de votre intimité	☐		☐		☐
La politesse et le respect du personnel	☐		☐		☐
La disponibilité des professionnels	☐		☐		☐
La place de votre entourage au sein de notre dispositif de prise en charge	☐		☐		☐
La prise en charge des professionnels de jour	☐		☐		☐
La prise en charge des professionnels de nuits	☐		☐		☐
Les informations que l'on vous donne sur votre état de santé, sur la maladie et les traitements	☐		☐		☐
Le délai de réponse aux sonnettes	☐		☐		☐
Votre douleur :					
✓ Physique	☐		☐		☐
✓ Morale	☐		☐		☐

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 :

.....

.....

.....