

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

EVALUATION DE VOTRE SEJOUR

Très important : merci de remplir ce questionnaire qui vous sera demandé à la fin de votre séjour.

Il nous permettra d'évaluer votre satisfaction et d'orienter nos actions permanentes d'amélioration de la qualité.

Vous ou un membre de votre entourage, pouvez répondre de manière anonyme si vous le souhaitez.

Quel a été votre service d'hospitalisation :

- Soins de suite
 Médecine

Quel est l'élément qui a déterminé votre choix d'hospitalisation à la Clinique du Valois :

- Recommandation de votre médecin traitant
 Recommandation d'un autre Etablissement de Santé
 Recommandation d'un parent ou ami(e)
 Proximité géographique de l'Etablissement
 Vous connaissiez déjà l'Etablissement
 Autre :

QUALITE DE L'ACCUEIL

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| • Au téléphone | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • A l'accueil | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • Aux admissions | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • dans votre service d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |

Les délais d'attente ont-ils été raisonnables :

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| • Aux admissions | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • Dans votre service d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |

QUALITE DE L'HOTELLERIE

La restauration – Etes-vous satisfait(e)

- | | | | | |
|-------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| • De la qualité des repas | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • De la quantité servie | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • De la saveur des aliments | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • De la variété des menus | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • De la température des plats | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • Du respect de vos choix | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • Du respect de votre régime | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |

La Chambre – Etes vous satisfait(e)

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| • De son confort et de son équipement | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • De sa propreté | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • Du niveau sonore | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • De l'attention du personnel de service | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |
| • Des prestations supplémentaires | <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> sans avis |

Les parties communes – Etes vous satisfait(e)

- De la signalétique Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- De la propreté Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- De la décoration (tableaux, fleurs...) Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- De la tenue des jardins Très satisfait satisfait Insatisfait Sans avis

QUALITE DES SOINS Etes-vous satisfait(e) :

- Des soins dispensés par le personnel soignant du jour Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- Des soins dispensés par le personnel soignant de nuit Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- De votre prise en charge par les médecins Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- Des informations données par les médecins Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- De votre prise en charge par le kinésithérapeute Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- De l'organisation des soins sur la journée Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- Du déroulement des examens médicaux Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- Du respect de votre intimité Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- De l'amabilité du personnel Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis

LA DOULEUR**Avez-vous souffert pendant votre séjour ?** OUI NON

Si oui, la prise en charge de la douleur a-t-elle été adaptée en ce qui concerne :

- Les explications qui vous ont été données Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- Le traitement qui vous a été prescrit Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis
- La prise en compte de la douleur par le personnel Très satisfait satisfait Insatisfait sans avis

QUALITE DE L'ENSEMBLE DU SEJOUR

Veillez noter de 0 à 10 selon votre satisfaction pour la qualité de l'ensemble du séjour. La note 0 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait(e), la note 10 que vous êtes très satisfait(e), les notes intermédiaires servant à nuancer votre jugement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez-vous la Clinique du Valois à vos proches ou à vos amis ? OUI NON

Avez-vous des commentaires, des suggestions, des remarques à formuler ?

Selon vous, quels points seraient à améliorer en priorité dans la clinique :

Date de séjour du _____ au _____

(facultatif) NOM : _____ Chambre n° _____