

Questionnaire de sortie



1. Date d'hospitalisation
2. Service d'hospitalisation Chirurgie Ambulatoire Médecine Soins de Suite
3. Nom et prénom (*facultatif*)
4. Adresse (*facultatif*)

ACCUEIL À LA CLINIQUE

Avez-vous été satisfait par

	OUI	NON
5. l'amabilité du personnel d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. la rapidité des formalités d'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. la qualité des informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. les conditions d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. l'accessibilité des locaux pour les personnes handicapées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Pas satisfait
10. l'accueil par le personnel de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. l'accueil et la prise en charge au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. l'amabilité du personnel soignant de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. l'amabilité du personnel soignant de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. la disponibilité du personnel de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. la disponibilité du personnel de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. le délai de réponses aux sonnettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. l'information sur l'état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. le respect de votre dignité et votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. la prise en charge lors du brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. le délai d'attente avant votre transfert au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUIVI PAR LE MÉDECIN

Avez-vous été satisfait par

	OUI	NON
22. les explications apportées sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. la qualité des soins prodigués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. le souci apporté pour apaiser la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. l'information sur votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire de sortie



L'HÔTELLERIE

Avez-vous trouvé votre chambre

	OUI	NON
27. propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. calme la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. calme le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. le personnel de ménage était-il aimable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos repas vous ont-ils donné satisfaction

	OUI	NON
32. en qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. en quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. servis à bonne température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. diversité des plats servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. horaire de distribution des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

Avez-vous été satisfait par

	OUI	NON
37. l'organisation et la rapidité de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. l'information sur votre prise en charge et votre suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS - SUGGESTIONS

39. Quel est le point qui vous a le plus satisfait durant votre séjour ?

.....

40. Quel est le point qui vous a le moins satisfait durant votre séjour ?

.....

41. Remarques/suggestions éventuelles

.....

.....

42. Pourquoi avez-vous choisi notre Clinique ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin y exerçant | <input type="checkbox"/> Arrivée en urgence |
| <input type="checkbox"/> Avis de votre médecin traitant | <input type="checkbox"/> Réputation de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Conseil de l'entourage | <input type="checkbox"/> Séjour antérieur dans l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Proximité géographique | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |

43. Notez votre satisfaction de 1 à 20

Ce questionnaire est à laisser au bureau des entrées dans la boîte prévue à cet effet ou à faire parvenir à Monsieur le Directeur, Polyclinique du Val de Saône
44 rue Ambroise Paré • 71000 MACON