



Questionnaire de SATISFACTION

En remplissant ce document, vous nous permettez de mieux répondre aux attentes des patients.

Ambulatoire et Hospitalisation

Service d'hospitalisation :

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambu RDC | <input type="checkbox"/> 1A | <input type="checkbox"/> 2A | <input type="checkbox"/> 3A | <input type="checkbox"/> Médecine |
| <input type="checkbox"/> Ambu 2A | <input type="checkbox"/> 1B | <input type="checkbox"/> Mater A | <input type="checkbox"/> 3B | <input type="checkbox"/> MP |
| <input type="checkbox"/> Ambu 2B | | <input type="checkbox"/> Mater B | | |

Date :

Chambre n° :

L'ACCUEIL ET L'INFORMATION



Etes-vous satisfait de l'accueil ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Estimez-vous le niveau d'information satisfaisant ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT

Etes-vous satisfait de votre prise en charge dans le service concernant :



La qualité des soins

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La prise en charge de la douleur

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'attention et le respect du personnel

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'attention portée à vos proches

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait de l'organisation et de la planification de votre sortie ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LES PRESTATIONS HÔTELIÈRES

Etes-vous satisfait :



Du confort et de la convivialité de la chambre

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

De la propreté de la chambre

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

De la qualité des repas

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

De la télévision, du téléphone, de la Wifi

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous pu vous reposer dans de bonnes conditions ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SATISFACTION GLOBALE



Comment estimez-vous votre prise en charge ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Recommanderiez-vous la clinique ? Oui Non

+ Les 3 points forts :

- Les 3 points à améliorer :





Questionnaire de SATISFACTION

En remplissant ce document, vous nous permettez de mieux répondre aux attentes des patients.

Ambulatoire et Hospitalisation

Service d'hospitalisation :

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambu RDC | <input type="checkbox"/> 1A | <input type="checkbox"/> 2A | <input type="checkbox"/> 3A | <input type="checkbox"/> Médecine |
| <input type="checkbox"/> Ambu 2A | <input type="checkbox"/> 1B | <input type="checkbox"/> Mater A | <input type="checkbox"/> 3B | <input type="checkbox"/> MP |
| <input type="checkbox"/> Ambu 2B | | <input type="checkbox"/> Mater B | | |

Date :

Chambre n° :

L'ACCUEIL ET L'INFORMATION



Etes-vous satisfait de l'accueil ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Estimez-vous le niveau d'information satisfaisant ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT

Etes-vous satisfait de votre prise en charge dans le service concernant :



La qualité des soins

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La prise en charge de la douleur

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'attention et le respect du personnel

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'attention portée à vos proches

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Etes-vous satisfait de l'organisation et de la planification de votre sortie ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LES PRESTATIONS HÔTELIÈRES

Etes-vous satisfait :



Du confort et de la convivialité de la chambre

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

De la propreté de la chambre

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

De la qualité des repas

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

De la télévision, du téléphone, de la Wifi

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous pu vous reposer dans de bonnes conditions ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SATISFACTION GLOBALE



Comment estimez-vous votre prise en charge ?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Recommanderiez-vous la clinique ? Oui Non

+ Les 3 points forts :

- Les 3 points à améliorer :

