

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant la case de votre choix



Comment jugez-vous ?

Votre accueil :

L'accueil téléphonique de notre établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil principal de l'établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service d'admission.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de votre arrivée dans le service.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos Prestations hôtelières :

Le confort de votre chambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de jour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de nuit.....(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des produits servis lors des repas/collations(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les quantités servies(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre commande en cas de demande de modification(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité et la convivialité du personnel ayant servi vos repas/collations(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre au quotidien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre prise en charge :

La clarté des informations données par les médecins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les médicaments pris pendant votre séjour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention de l'équipe de bloc opératoire.....(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de jour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante de nuit.....(non concerné <input type="checkbox"/>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par l'équipe soignante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies pour votre sortie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre établissement dans sa globalité.....

La qualité globale de votre prise en charge par nos équipes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre participation en tant que co-acteur de votre prise en charge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente entre votre arrivée dans l'établissement et l'installation dans votre chambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité et de votre personne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez recommander notre établissement à un ami ou un proche, quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ? (selon l'échelle ci-dessous)

.... /10



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne recommande pas la clinique						Sans opinion		Je recommande la clinique		



Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous remercions, à l'issue de votre séjour, de prendre le temps de remplir ce questionnaire.

Votre avis est précieux pour améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients et nos services.

Ce questionnaire peut être laissé dans votre chambre pour être récupéré par le personnel soignant, ou bien retourné dans la boîte prévue à cet effet au niveau des banques d'accueil. Vous pouvez également nous l'adresser par voie postale à l'intention du « Pôle Orienté Clients Qualité ». Il est également disponible sur le site internet de l'établissement.

Nous vous remercions de votre participation, et nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pôle Orienté Clients Qualité et Sécurité des Soins

SERVICE : UNITE (code local) :

- Médecine** : 17-SUMATRA 18- CAP VERT 20 FIDJI
- Ambulatoire**
- Chirurgie** : 2- HAWAI 3-MARIE-GALANTE 4- BARBADES 5- GRENADINES
 9-ANTIGUA 10 – SEYCHELLES 21- SAMOS 22-TAHITI
- Soins aigus** : 12- BALI 14- Réanimation Polyvalente 15- USIC 16-BORNEO (post-réa)

SPECIALITE :

- 1 Orthopédie 2 Pédiatrie 3 Urologie 4 Vasculaire 5 Gynécologie 6 Viscéral et digestif,
 7 Ophtalmologie 8 ORL 9 Esthétique (chir. du sein) 10 Stomatologie
 13 Cardiologie 14 Pneumologie/ thoracique 15 Endoscopie 16 Dermatologie

Vous êtes entré en urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Nombre de nuits passées /_/_/
→ Précisez l'offre de chambre particulière : <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Solo+ <input type="checkbox"/> Solo confort <input type="checkbox"/> Autre n° chambre _/_/_/_/		
Votre chambre était : <input type="checkbox"/> Particulière <input type="checkbox"/> Double <input type="checkbox"/> Autre		Sortie: /_/_/_/_/_/
Vous êtes : <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Un homme <input type="checkbox"/> Une femme		
Quel est votre âge : /_/_/_/_/ ans		
Facultatif, vos coordonnées :		
		

A remplir par l'établissement : mois /_/_/

 tournez la page, SVP



1 - Hôpital Privé d'Antony

Propriétés du document 15564

N° de Création	5438 V6	Date de révision	25/09/2015	Date de publication	25/09/2015
Description	Questionnaire de satisfaction (Médecine, Chirurgie, Ambulatoire)				
Fichier	HPA-TYP-FOR-SSO-20110517-12103021-V006.doc				
Commentaires	Téléchargé sur le site Itéo de la Générale de santé Validé par CHARLES Valérie Fonction de l'auteur = Attachée direction service qualité; Comité = 2014; Validé par BURLOT Héléna Fonction de l'auteur = Attachée direction service qualité; Comité = 2014; Validé par CHARLES Valérie Fonction de l'auteur = Attachée direction service qualité; Comité = 2015; Validé par BURLOT Héléna Fonction de l'auteur = Attachée direction service qualité; Comité = 2015;				
Critères de recherche					
Etablissement = Hopital privé d'Antony	Service = Commun à tous les services		Fonction de l'auteur = Attachée direction service qualité		
Sous-service = Commun à tous les services	Type-document qualité = Formulaire, Fiche de traçabilité		Comité = Comité de Pilotage Démarche Qualité		
			Spécialité =		
			Année de création ou de révision = 2015		
			Approvisionnement = Service logistique		
Utilisateurs	Profils		Validateurs		
()	HPA_TOUS		1 : CHARLES Valérie (vcharles) 2 : BURLOT Héléna (BURLOT)		
Historique de validation					
Date	Heure	Valideur	Action		
25/09/2015	15:05	CHARLES Valérie	Validation :		
25/09/2015	16:14	BURLOT Héléna	Validation finale :		