

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

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



=Très satisfait



= Plutôt satisfait



= Plutôt pas satisfait



= Pas du tout satisfait

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 :

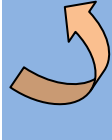
La clarté des informations données par les médecins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations reçues sur les médicaments pris pendant votre séjour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 !