



Questionnaire Qualité / Service

Dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et des services, la clinique vous remercie de bien vouloir lui donner votre appréciation et vos remarques en remplissant ce questionnaire.

Date du séjour : _____

Durée du séjour : _____ jour(s)

Dans quel service avez-vous séjourné ?

Chirurgie 1^{er} étage

Chirurgie 2^{ème} étage

Chirurgie ambulatoire

Médecine

Comment jugez-vous les points suivants :

SIGNALISATION	Très bien	Bien	Assez bien	Mauvais(e)
• En ville, signalisation de la clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Dans la clinique, signalisation des services	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ACCUEIL	Très bien	Bien	Assez bien	Mauvais(e)
• Au standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Du personnel des entrées et sorties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Au bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Réservé à vos proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Très facile	Facile	Plutôt difficile	Très difficile
• L'identification du personnel travaillant dans le service (infirmière, aide-soignante)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DÉLAIS D'ATTENTE	Sans attente	Très raisonnable	Raisonnaible	Pas très raisonnable	Non-concerné
• Au service des entrées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Délai de réponse aux sonnettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Au bloc opératoire avant l'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Au service administratif lors de votre sortie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Au service radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUALITÉ DES SOINS	Très bien	Bien	Assez bien	Mauvais(e)	Non-concerné
• Les soins reçus du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La prise en charge de votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• L'attention du personnel soignant (écoute, gentillesse, aide ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Les relations avec votre médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• L'intervention du kinésithérapeute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lors de votre séjour, votre intimité a t-elle été respectée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tournez la page SVP →



Questionnaire Qualité / Service (suite)

LIVRET D'ACCUEIL

- | | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Le livret d'accueil comprenant la charte du patient hospitalisé vous a-t-il été remis ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

QUALITÉ DES INFORMATIONS

- | | Très bien | Bien | Assez bien | Mauvais(e) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Sur votre entrée (jour, heure d'arrivée, document à amener) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sur les frais engagés par votre séjour | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sur votre état de santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sur votre sortie (soins à l'extérieur, médicaments...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | A chaque fois | Parfois | Rarement | Jamais |
| • Les explications données par votre médecin étaient-elles claires ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Votre médecin vous a-t-il demandé votre avis pour tous les actes qu'il a réalisés ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Les explications données par le médecin anesthésiste étaient-elles claires ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

HÉBERGEMENT

Que pensez-vous des repas ?

- | | Très bien | Bien | Assez bien | Mauvais(e) |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • La qualité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • La quantité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • La variété | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • La température | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Les horaires | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Confort

- | | Très bien | Bien | Assez bien | Mauvais(e) |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Le service effectué par le personnel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • La literie de votre chambre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Les prestations de votre chambre (TV, Téléphone) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • La propreté de votre chambre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • La température de votre chambre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Le niveau sonore de votre chambre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SYNTHÈSE

- | | Très bien | Bien | Assez bien | Mauvais(e) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Quelle est votre opinion sur votre séjour à la clinique ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

RENSEIGNEMENTS (facultatifs)

Nom : _____ Prénom : _____

Commentaires