



ENQUÊTE DE SATISFACTION

SERVICE AMBULATOIRE

Votre avis est précieux ! Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

Avez-vous été contacté 24h avant votre admission? OUI NON

1	LE SERVICE D'ACCUEIL	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Aspects des locaux (salle d'attente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Informations et explications transmises par la réception lors de votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Rapidité de prise en charge par le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES

.....

.....

2	LES SOINS INFIRMIERS	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
	› Qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Appréciation des soins et actes infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Attention humaine et disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Soins contre la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Informations transmises sur les examens ou l'intervention chirurgicale s'il y a lieu dont vous avez bénéficié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	› Informations sur les soins à pratiquer de retour à votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES

.....

.....

3 LE SERVICE HÔTELIER

TRÈS SATISFAIT SATISFAIT ASSEZ SATISFAIT PEU SATISFAIT PAS SATISFAIT

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| › Aspect et confort des locaux de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Propreté des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Propreté des sanitaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| › Qualité de votre collation (si vous êtes concerné) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REMARQUES

.....

.....

4 LA SORTIE

- › Avez-vous reçu des documents de sortie : OUI NON
- › Avez-vous vu les médecins avant votre sortie : OUI NON

REMARQUES

.....

.....

OPTIONS - RECOMMANDATIONS

TRÈS SATISFAIT SATISFAIT ASSEZ SATISFAIT PEU SATISFAIT PAS SATISFAIT

Globalement vous êtes :

REMARQUES OU SUGGESTIONS :

.....

.....

Recommanderiez-vous la Clinique à une personne pour une intervention : OUI NON

Si non pourquoi :

.....

.....

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :