



# clinique Notre Dame

## Questionnaire de satisfaction

Ce questionnaire sera analysé avec attention afin d'améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge. Nous vous remercions de le compléter et de le remettre à l'accueil lors de vos formalités de sortie.

### Votre arrivée :

Avez-vous facilement trouvé la clinique ?       
Vous êtes-vous garé(e) commodément ?

.....  
.....

### Que pensez-vous de l'accueil lors de votre arrivée ?

À la réception         
Aux urgences         
Dans les services d'hospitalisation         
Au bloc opératoire

.....  
.....

### L'information

#### Que pensez-vous ?

De l'information médicale reçue         
De l'information reçue au sujet de vos soins         
De l'information administrative reçue

Le personnel a-t-il répondu à vos questions ?  
 toujours  généralement  rarement  jamais

.....  
.....

### La prise en charge de la douleur

Vous a-t-on demandé de mesurer votre douleur (échelle 0 à 10) ?  oui  non

Comment évaluez-vous la prise en charge de la douleur ?  
 excellent  bon  passable  mauvais  
 je n'ai pas eu mal

### Intimité et respect du patient

#### Comment évaluez-vous le respect ?

De la confidentialité      
De votre intimité (lors des soins, des toilettes et des consultations médicales, la tenue pour le bloc opératoire)      
De vos valeurs culturelles (alimentation, religion)

.....  
.....

### L'équipe soignante (infirmiers, aides-soignantes)

Que pensez-vous ?

Amabilité du personnel	jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficacité du personnel	jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel	jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins dispensés	jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Le personnel de service (agent de service hospitalier)

Était-il ?

Attentionné  Toujours  généralement  rarement  jamais

Disponible  Toujours  généralement  rarement  jamais

### Votre chambre

**Que pensez-vous en terme de confort et d'aspect ?**

Le mobilier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le téléphone et la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'hygiène des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### La restauration

**Que pensez-vous des repas qui vous ont été servis ?**

Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation du repas (plateau, plat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Votre sortie

**Que pensez-vous des informations reçues sur :**

Les conditions de sortie (date, heure)  excellent  bon  passable  mauvais

Le traitement et les soins à poursuivre  excellent  bon  passable  mauvais

### Conclusion

D'une manière générale, quelle est votre appréciation d'ensemble du séjour ?

excellent  bon  passable  mauvais

Avez-vous d'autres remarques et suggestions à nous adresser :

Ce questionnaire a été rempli par  le patient  l'entourage

Date du séjour : ...../...../..... au ...../...../.....

Facultatif : Nom : ..... Prénom : .....