

Date d'entrée :

N° Chambre :

Date de sortie :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions afin de nous aider à améliorer la qualité de nos services.

## ACCUEIL

📍 Pour effectuer vos formalités d'admission au bureau des entrées, vous évaluez le délai d'attente à :

- Moins de 15 minutes       Entre 15 et 30 minutes       Plus de 30 minutes  
 Arrivé(e) en urgence

📍 Avez-vous effectué une pré-admission ?

- Oui       Non

📍 Comment avez-vous trouvé la procédure d'admission ? (2 choix possibles)

- Facile       Rapide       Trop longue       Trop compliquée

📍 Les personnes qui vous ont accueilli(e) ont-elles été agréables ?

- Agréables       Pas agréables       Non concerné(e)

📍 Que pensez-vous des informations pratiques qui vous ont été données par l'ensemble du personnel à l'admission et lors de votre séjour ?

- Excellentes       Bonnes       Mauvaises       Très mauvaises

📍 Les informations dont vous avez eu besoin durant votre séjour figurent-elles dans le livret d'accueil ?

- Oui       Non       Je n'ai pas eu de livret d'accueil       Je ne l'ai pas lu

## AU COURS DE VOTRE SEJOUR

② Le médecin anesthésiste vous a-t-il expliqué :

	Oui	Non
Comment on vous endormirait lors de l'intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment votre douleur pourrait être contrôlée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

② Quel est votre degré de satisfaction concernant l'information donnée par votre médecin à l'origine de votre hospitalisation ?

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Mécontent(e)	Très mécontent(e)
Sur votre état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur vos examens et traitements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les inconforts et conséquences liés à l'intervention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

② Que pensez-vous de la qualité de la prise en charge par les brancardier(e)s ?

Excellente       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

② L'accueil en salle d'opération (ou salle d'accouchement) vous a paru ?

Excellent       Bon       Mauvais       Très mauvais

② Avez-vous ressenti des douleurs au cours de votre hospitalisation ?

Oui       Non

② Si oui, la prise en charge de votre douleur vous a semblé ?

Excellente       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise       Non concerné(e)

② Avez-vous eu l'impression que les soignants avaient une bonne connaissance jour après jour du suivi de votre hospitalisation ?

de JOUR       Oui       Non       En partie

de NUIT       Oui       Non       En partie

② Le personnel du service vous a-t-il paru à votre écoute ?

de JOUR       Oui       Non       En partie

de NUIT       Oui       Non       En partie

④ L'information donnée par le personnel soignant (infirmiers, aides-soignants) concernant les examens et les soins vous paraît suffisante ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

④ Dans l'ensemble, estimez-vous que les soins prodigués à la clinique ont été ?

Excellents  Bons  Mauvais  Très mauvais

④ Estimez-vous que votre dignité et votre intimité ont été respectées ?

Oui  Non  Ne se prononce pas

④ Le cas échéant, avez-vous reçu les informations nécessaires sur la reprise/poursuite de votre traitement à domicile ?

Oui  Non  En partie  Non concerné(e)

## PRESTATIONS HOTELIERES

④ Quelle est votre appréciation sur les prestations fournies à l'intérieur de la chambre ? Concernant :

	Très Satisfait(e)	Satisfait(e)	Mécontent(e)	Très mécontent(e)	Non concerné(e)
La télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le mobilier / équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

④ Quelle est votre appréciation sur la propreté de votre chambre ?

Excellente  Bonne  Médiocre  Mauvaise

④ Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans votre chambre ?

Pas du tout  Un peu  Beaucoup

④ Que pensez-vous de la qualité de la restauration ?

	Très Satisfait(e)	Satisfait(e)	Mécontent(e)	Très mécontent(e)	Non concerné(e)
Le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**@ Estimez-vous que le personnel a fait tout son possible pour répondre à vos besoins ?**

Oui

Non

**@ L'identification des différents intervenants et leur rôle dans le service vous ont-ils paru ?**

Clairs

Confus

Ne se prononce pas

**@ Pouvez-vous nous donner votre opinion générale sur votre séjour à la clinique Belledonne ?**

Excellente

Bonne

Médiocre

Mauvaise

**@ Avez-vous des observations particulières ou des suggestions à nous adresser ?**

Ce questionnaire est terminé.

Merci de le remettre au bureau des sorties ou dans le service lors votre départ.