

# De vous à nous !

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez séjourné à la clinique. Merci de nous aider à améliorer le service rendu aux patients en consacrant quelques instants de votre temps à compléter cette enquête de satisfaction.

Ce questionnaire est, pour nous, un **outil d'amélioration**, il nous permettra d'étudier vos remarques et votre niveau de satisfaction pour mener des actions d'amélioration sur l'ensemble de nos prestations.

**Nous vous remercions de votre participation.**

Date de sortie : ..... N° de chambre : ..... Nom, Prénom (facultatif) : .....

**Légende :** 😊 = Très satisfait 😊 = Satisfait 😞 = Insatisfait 😞 = Très Insatisfait **NC** : Non concerné

## 1. Quelles sont les raisons qui ont orienté votre choix vers le centre ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Votre médecin traitant              | <input type="checkbox"/> Votre chirurgien / médecin spécialiste |
| <input type="checkbox"/> La réputation, le bouche à oreilles | <input type="checkbox"/> Le cadre et l'environnement            |
| <input type="checkbox"/> La proximité du domicile            | <input type="checkbox"/> Autre : .....                          |

## 2. Quelle a été votre première impression générale sur l'établissement lors de votre arrivée ?

- Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

## 3. Votre arrivée vous a-t-elle semblée anticipée, préparée ?





- OUI       NON

## 4. Quelle appréciation portez-vous :

|  | 😊 | 😊 | 😞 | 😞 | NC |
|--|---|---|---|---|----|
| <b>A l'accueil réservé au centre ?</b>   |   |   |   |   |    |
| • Accueil en secteur de consultation   |   |   |   |   |    |
| • Accueil administratif  |   |   |   |   |    |
| • Accueil dans le secteur d'hospitalisation  |   |   |   |   |    |
| • Accueil au plateau technique   |   |   |   |   |    |
| • Accueil réservé à vos proches  |   |   |   |   |    |
| • Qualité des informations sur votre séjour (orales, livret d'accueil)                                     |   |   |   |   |    |
| <b>Au secrétariat médical ?</b>  |   |   |   |   |    |
| • Délai d'attente pour avoir une consultation  |   |   |   |   |    |
| • Délai d'attente le jour de votre consultation  |   |   |   |   |    |
| • Respect intimité, confidentialité ...  |   |   |   |   |    |
| • Délai de délivrance des certificats, ordonnances et attestations   |   |   |   |   |    |
| <b>A votre prise en charge en secteur d'hospitalisation?</b>   |   |   |   |   |    |
| • Par l'équipe médicale (disponibilité, information sur votre état de santé, discrétion, respect intimité) |   |   |   |   |    |
| • Par l'équipe soignante de jour (disponibilité, information sur vos soins, discrétion, respect intimité)  |   |   |   |   |    |
| • Par l'équipe soignante de nuit (disponibilité, information sur vos soins, discrétion, respect intimité)  |   |   |   |   |    |
| • Par l'équipe hôtelière (disponibilité, discrétion, respect intimité)                                     |   |   |   |   |    |
| • Prise en charge de la douleur (information, évaluation, traitement)                                      |   |   |   |   |    |
| • Information cohérente entre les différents professionnels  |   |   |   |   |    |

**Quelle appréciation portez-vous :**

| A votre prise en charge sur le plateau technique ?   |    |    |    |    | NC        |
|--|---|---|---|---|-----------|
| • Organisation des plannings   |   |   |   |   |           |
| • Respect des plannings  |   |   |   |   |           |
| • Propreté des locaux  |   |   |   |   |           |
| • Prestation brancardage   |   |   |   |   |           |
| • Aide apportée à l'habillage ou au déshabillage   |   |   |   |   |           |
| • Aide à l'installation (salle kiné, etc...)   |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par les kinésithérapeutes (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)               |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par les professeurs d'activité physique (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité) |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par l'ergothérapeute (disponibilité, information sur vos soins, discrétion, respect intimité)                |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par la psychomotricienne (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)                |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par la neuropsychomotricienne (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)           |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par l'orthophoniste (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)                     |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par la diététicienne (disponibilité, information, conseils, discrétion, respect intimité)                    |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par l'assistante sociale (Accompagnement, disponibilité, information, discrétion, respect intimité)          |   |   |   |   |           |
| • Prise en charge par la psychologue (disponibilité, information, discrétion, respect intimité)                                |   |   |   |   |           |
| <b>Aux conditions d'accueil durant votre séjour ?</b>  |  |  |  |  | <b>NC</b> |
| • L'équipement de votre chambre (téléphone, télévision, wifi ...)  |   |   |   |   |           |
| • La literie de votre chambre  |   |   |   |   |           |
| • La propreté de votre chambre   |   |   |   |   |           |
| • La température de votre chambre  |   |   |   |   |           |
| • La qualité des repas   |   |   |   |   |           |
| • Le respect de votre régime alimentaire   |   |   |   |   |           |
| • L'aide apportée à la prise des repas si besoin   |   |   |   |   |           |
| • Le respect de votre repos (nuisances sonores)  |   |   |   |   |           |
| <b>Aux conditions de votre départ ?</b>  |  |  |  |  | <b>NC</b> |
| • Les modalités de sorties (jour, heure, mode de transport, formalités administratives)  |   |   |   |   |           |
| • Les consignes concernant votre traitement et les soins à poursuivre  |   |   |   |   |           |
| • L'organisation de votre retour à domicile ou transfert vers une autre structure  |   |   |   |   |           |

**Légende :**  = Très satisfait  = Satisfait  = Insatisfait  = Très Insatisfait **NC** : Non concerné