

# Questionnaire de satisfaction

## Hospitalisation de semaine

### Votre avis nous intéresse.

QUESTIONNAIRE  
A DEPOSER DANS  
LE SERVICE  
AVANT VOTRE  
DEPART

Madame, Monsieur,  
Soucieux de la qualité de votre prise en charge et de votre satisfaction, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire.

La Direction

Date du séjour : .....

N° chambre .....

**Très satisfaisant**   
 **Satisfaisant**   
 **Peu satisfaisant**   
 **Pas du tout satisfaisant**   
 **Non concerné**

#### Vos consultations avant votre hospitalisation

Quel est votre degré de satisfaction sur					
✗ L'amabilité, le sourire et l'écoute des secrétaires .....	<input type="checkbox"/>				
✗ L'information délivrée par le chirurgien sur les bénéfices et risques liés à l'intervention .....	<input type="checkbox"/>				
✗ L'information délivrée par le médecin anesthésiste .....	<input type="checkbox"/>				

#### Votre accueil

Quel est votre degré de satisfaction sur					
✗ L'accueil en général dans l'établissement .....	<input type="checkbox"/>				
<i>Si insatisfaction, à quel moment ?</i> .....					
✗ L'accueil par le service d'hospitalisation de semaine	<input type="checkbox"/>				
✗ Le livret d'accueil vous a-t-il été remis .....	<input type="checkbox"/>				

#### Votre accueil

Quel est votre degré de satisfaction sur					
✗ Avez-vous trouvé les informations dont vous aviez besoin dans le livret	<input type="checkbox"/>				
<i>Si non, pourquoi ?</i> .....					
✗ Estimez vous avoir été clairement informé(e)					
• Sur les honoraires	<input type="checkbox"/>				
• Sur les droits des patients	<input type="checkbox"/>				
• Sur les médecins / l'équipe médicale (traitement, diagnostic,...)	<input type="checkbox"/>				

#### Vos soins

Quel est votre degré de satisfaction sur :					
✗ L'attention du personnel soignant (écoute, amabilité, aide, délai de réponse à vos demandes)					
- de jour .....	<input type="checkbox"/>				
- de nuit .....	<input type="checkbox"/>				
<i>Si vous êtes mécontent, pourquoi ?</i> .....					
✗ Le respect de l'intimité .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Les soins .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Le respect de la confidentialité .....	<input type="checkbox"/>				

>> Tournez s'il vous plait

- × La prise en charge de votre douleur .....
- × Les informations reçues sur les soins et leur prise en charge .....
- × La qualité des relations avec les personnels de soins .....
- × Leur disponibilité .....

### Le bloc opératoire – Salle de réveil

- Quel est votre degré de satisfaction sur :
- 😊😊  😊  😐  😞  😡  ?
  - × L'accueil et l'attention du personnel .....
  - × L'information sur l'heure d'intervention .....
  - × Le délai d'attente .....
  - × Le respect de l'intimité .....
  - × Le respect de la confidentialité .....
  - × La prise en charge de votre douleur .....

### L'hôtellerie

- Quel est votre degré de satisfaction sur :
- 😊😊  😊  😐  😞  😡  ?
  - × Le confort de votre chambre .....
  - × L'hygiène et la propreté de votre chambre .....
  - × La qualité et la variété des repas .....
  - × Le respect de votre régime alimentaire .....
  - × Les services mis à votre disposition (TV, WIFI, téléphone) .....

### L'image de notre clinique

Quelle note attribueriez-vous à votre séjour ? (1 étant la plus basse note et 10 la meilleure).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- × Si vous avez déjà été hospitalisé à la Clinique-Sud-Vendée, l'appréciation que vous portez sur votre séjour est  
**meilleure**       **identique**       **moins bonne**       **Non concerné**
- × Recommanderiez-vous la clinique à votre entourage .....  Oui       Non

**Avez-vous des remarques, des suggestions ?**

.....

.....

.....

Nom : ..... (facultatif)      Prénom : .....

### E-SATIS : Enquête de satisfaction des patients hospitalisés

Notre établissement participe activement à la démarche nationale de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Dans le cadre de cette enquête, vous serez invité par mail à donner votre point de vue sur la qualité de votre prise en charge via un questionnaire en ligne totalement anonyme.

**Pour participer, merci de nous communiquer votre mail :** .....  
*(Cette adresse mail sera, exclusivement, utilisée l'établissement de santé)*



Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.

Vous pouvez le laisser dans votre chambre ou bien le remettre au personnel du service ou le déposer au bureau des sorties.