

Questionnaire de satisfaction

Hospitalisation traditionnelle

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

    

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> L'amabilité, le sourire et l'écoute des secrétaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'information délivrée par le chirurgien sur les bénéfices et risques liés à l'intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> L'information délivrée par le médecin anesthésiste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre accueil

Quel est votre degré de satisfaction sur

    

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> L'accueil en général dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si insatisfaction, à quel moment ?</i> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L'accueil par <input type="checkbox"/> les urgences ou <input type="checkbox"/> le service d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Le livret d'accueil vous a-t-il été remis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre accueil

Quel est votre degré de satisfaction sur

    

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

Vos soins

Quel est votre degré de satisfaction sur :

    

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

>> Tournez s'il vous plaît

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✗ La prise en charge de votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ Les informations reçues sur les soins et leur prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ La qualité des relations avec les personnels de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ Leur disponibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le bloc opératoire – Salle de réveil

Quel est votre degré de satisfaction sur :



- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✗ L'accueil et l'attention du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ L'information sur l'heure d'intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ Le délai d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ Le respect de l'intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ Le respect de la confidentialité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ La prise en charge de votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'hôtellerie

Quel est votre degré de satisfaction sur :



- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ✗ Le confort de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ L'hygiène et la propreté de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ La qualité et la variété des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ Le respect de votre régime alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✗ Les services mis à votre disposition (TV, WIFI, téléphone) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.



**CLINIQUE
SUD VENDÉE**
GRUPPE MUTUALISTE

Clinique Sud Vendée
17 rue du Docteur Fleurance – B.P. 209 – 85204 FONTENAY LE COMTE Cedex
Tél : 02 51 53 44 44 / www.clinique-sud-vendee.fr