

# 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



- ✗ L'amabilité, le sourire et l'écoute des secrétaires .....
- ✗ L'information délivrée par le chirurgien sur les bénéfices et risques liés à l'intervention .....
- ✗ L'information délivrée par le médecin anesthésiste .....

#### Votre accueil

Quel est votre degré de satisfaction sur



- ✗ L'accueil en général dans l'établissement .....
- Si insatisfaction, à quel moment ? .....
- ✗ L'accueil par  les urgences ou  le service d'hospitalisation .....
- ✗ Le livret d'accueil vous a-t-il été remis .....

#### Votre accueil

Quel est votre degré de satisfaction sur



- ✗ Avez-vous trouvé les informations dont vous aviez besoin dans le livret  
Si non, pourquoi ? .....
- ✗ Estimez-vous avoir été clairement informé(e)
  - Sur les honoraires
  - Sur les droits des patients
  - Sur les médecins / l'équipe médicale (traitement, diagnostic,...)

#### 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 .....
  - de nuit .....
- Si vous êtes mécontent, pourquoi ? .....
- ✗ Le respect de l'intimité .....
- ✗ Les soins .....
- ✗ Le respect de la confidentialité .....

>> Tournez s'il vous plaît

✗ La prise en charge de votre douleur .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Les informations reçues sur les soins et leur prise en charge .....	<input type="checkbox"/>				
✗ La qualité des relations avec les personnels de soins .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Leur disponibilité .....	<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"/>				
✗ L'information sur l'heure d'intervention .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Le délai d'attente .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Le respect de l'intimité .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Le respect de la confidentialité .....	<input type="checkbox"/>				
✗ La prise en charge de votre douleur .....	<input type="checkbox"/>				

## L'hôtellerie

Quel est votre degré de satisfaction sur :					
✗ Le confort de votre chambre .....	<input type="checkbox"/>				
✗ L'hygiène et la propreté de votre chambre .....	<input type="checkbox"/>				
✗ La qualité et la variété des repas .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Le respect de votre régime alimentaire .....	<input type="checkbox"/>				
✗ Les services mis à votre disposition (TV, WIFI, téléphone) .....	<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  
GROUPE 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](http://www.clinique-sud-vendee.fr)