

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Afin de poursuivre notre dynamique d'amélioration, nous vous remercions de prendre quelques instants pour compléter ce questionnaire.

Les informations transmises seront traitées à des fins statistiques et resteront confidentielles.

## LA QUALITE DE L'ACCUEIL

\* NC = Non Concerné

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Accueil réservé par l'hôtesse, pour vous et vos proches					
Accueil réservé par l'équipe soignante dans le service de soins					

## LA QUALITE DES SOINS - DU RELATIONNEL - DE L'INFORMATION

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Qualité des soins dans leur ensemble					
Prise en charge de votre douleur					
Amabilité du personnel					
Respect de la confidentialité					
Respect de votre intimité					
Attente avant votre installation dans la chambre					
Attente avant votre intervention					
Attente avant votre sortie					
Compréhension des explications données par votre médecin sur votre état de santé					

## LE CONFORT & LES REPAS

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Confort de la chambre					
Propreté de la chambre					
Qualité de la collation					

## SATISFACTION GENERALE

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Votre opinion globale sur votre séjour dans notre établissement					
	Très probable	Probable	Peu probable	Improbable	NC
Si vous deviez être à nouveau hospitalisé, reviendriez-vous dans notre établissement ?					
Recommanderiez-vous la Clinique à votre entourage ?					

## MIEUX VOUS CONNAITRE

Date de séjour : ..... Nom du médecin responsable de votre séjour : .....  
 Vos Nom Prénom (facultatif) : ..... Age : ..... Sexe : F M

## REMARQUES OU SUGGESTIONS

.....  
 .....  
 .....

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et vous souhaitons un prompt rétablissement