

Questionnaire anonyme de Satisfaction

A remettre à l'accueil de la clinique lors de votre sortie ou au personnel de votre service.

Polyclinique du parc
53, Route de Behonne – 55005 Bar-le-Duc Tel. 03 29 79 58 58

Vous venez d'être hospitalisé(e) dans notre établissement et votre avis est précieux pour améliorer la qualité de nos prestations et encore mieux vous accueillir.

C'est pourquoi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire.

La polyclinique du Parc et toute son équipe vous en remercie par avance.

APPRECIATION : **A** = Très satisfaisant **B** = Satisfaisant **C** = Moyen **D** = Insuffisant **E** = non concerné ou ne sait pas.

L'accueil

	A	B	C	D	E
A la réception					
Au secrétariat					
A la consultation					
Dans le service					
En salle d'attente au bloc					
Au bloc					
En salle de réveil					

Le niveau de discrétion

	A	B	C	D	E
A la réception					
Au secrétariat					
A la consultation					
Dans le service					
Au brancardage					
En salle d'attente au bloc					
Au bloc					
En salle de réveil					

La disponibilité des praticiens

	A	B	C	D	E
Dans le service					
En salle d'attente au bloc					
Au bloc					
En salle de réveil					

Prise en charge de la douleur

Mise en place rapide du traitement

	A	B	C	D	E
Dans le service					
En salle de réveil					

Efficacité du traitement

	A	B	C	D	E
Dans le service					
En salle de réveil					

L'attente

	A	B	C	D	E
A la réception					
Au secrétariat					
A la consultation					
Dans le service					
En salle d'attente au bloc					
Au bloc					
En salle de réveil					

La qualité des soins

	A	B	C	D	E
Dans le service					
En salle d'attente au bloc					
Au bloc					
En salle de réveil					

La disponibilité du personnel

	A	B	C	D	E
A la réception					
Au secrétariat					
A la consultation					
Dans le service					
Au brancardage					
En salle d'attente au bloc					
Au bloc					
En salle de réveil					

Questionnaire anonyme de Satisfaction

Votre Chambre

	A	B	C	D	E
Confort					
Équipement (télévision, téléphone)					
Niveau sonore					
Discrétion (chambres doubles)					
Propreté					
Le cabinet de toilette					

La restauration

	A	B	C	D	E
Variété					
Qualité					
Quantité					
Présentation					
Température					
Respect de votre choix					
Respect des régimes					
Horaires					



Respect des Droits du patient

Estimez-vous avoir été suffisamment informé(e) :

- des modalités de prise en charge de votre séjour OUI NON
- de votre état de santé OUI NON
- des choix thérapeutiques vous concernant OUI NON
- sur les examens qui vous ont été faits durant votre séjour OUI NON
- sur l'intervention chirurgicale réalisée par le praticien OUI NON

Le formulaire de consentement éclairé vous paraît-il clair et adapté ? OUI NON

Pensez-vous que l'établissement respecte vos droits concernant ?

- la liberté de circuler OUI NON
- les croyances OUI NON
- l'intimité OUI NON
- la confidentialité OUI NON

Avez-vous connaissance qu'il existe une charte du patient hospitalisé ? OUI NON

Avez-vous des suggestions concernant ce questionnaire ?

.....

.....

.....

.....

Où votre séjour ?

.....

.....

.....

.....

Vous pouvez, si vous le souhaitez, indiquer ci-dessous votre nom, votre prénom, les dates de votre séjour, votre numéro de chambre ou le service.

Nom : Prénom :

Date d'entrée : Date de sortie :

N° Chambre : Service :