

# ▶ Questionnaire de satisfaction

## ■ AIDEZ-NOUS À AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

**Avez-vous facilement trouvé la clinique ?**     OUI     NON

### Comment avez-vous jugé l'accueil ?

À l'admission :     excellent     bon     passable     mauvais

Dans les services :     excellent     bon     passable     mauvais

Les délais d'attente étaient-ils raisonnables ?     OUI     NON

### Comment jugez-vous votre chambre en terme :

d'équipement :     excellent     bon     passable     mauvais

de niveau sonore :     excellent     bon     passable     mauvais

de propreté :     excellent     bon     passable     mauvais

### Êtes-vous satisfait(e) de contenu du livret :

pleinement     normalement     insuffisamment     pas du tout

### Comment jugez-vous les repas qui vous ont été servis en terme de :

Qualité :     excellent     bon     passable     mauvais

Quantité :     excellent     bon     passable     mauvais

Respect choix :     excellent     bon     passable     mauvais

Respect régimes :     excellent     bon     passable     mauvais

### Le personnel hôtelier était-il attentionné ?

toujours     généralement     rarement     jamais

### Le personnel hôtelier était-il disponible ?

toujours     généralement     rarement     jamais

### Le personnel soignant était-il attentionné ?

1) de jour :     toujours     généralement     rarement     jamais

2) de nuit :     toujours     généralement     rarement     jamais

### Le personnel soignant était-il disponible ?

1) de jour :     toujours     généralement     rarement     jamais

2) de nuit :     toujours     généralement     rarement     jamais

### Par rapport à votre maladie ou à votre intervention, vous avez été :

très bien informé     suffisamment informé     peu informé     pas du tout informé

### Le corps médical vous a paru :

très disponible     normalement disponible     peu disponible     pas du tout disponible

### D'une manière générale, diriez-vous de votre séjour au sein de notre Établissement, qu'il vous satisfait :

pleinement     normalement     insuffisamment     pas du tout

**COMMENTAIRES :** .....

.....

.....

.....

.....

Date : ...../...../.....    Service : .....    Chambre : .....

(Facultatif) Nom : .....    Prénom : .....

Médecin de famille : .....    Nom du praticien : .....

Nom du médecin anesthésiste : .....