

Votre opinion nous interesse, merci de consacrer quelques instants à ce questionnaire.



QUELQUES RENSEIGNEMENTS

Date de votre sortie :

Vous avez été hébergé en chambre numéro :

Votre NOM, Prénom (facultatif) _____

Vous avez été hospitalisé dans le service de :

1er Chirurgie Générale

2ème Chirurgie Générale

USC

2ème Médecine

Nom du Chirurgien/Médecin : _____

Nom du Médecin Anesthésiste : _____

ACCUEIL

Contact téléphonique et accueil

Bon Moyen Mauvais

Contenu du livret d'accueil

Bon Moyen Mauvais

FORMALITE D'ADMISSION ET DE SORTIE

Qualité des informations

Bon Moyen Mauvais

Délai d'attente

Bon Moyen Mauvais

CHAMBRE

Autres Equipements (Lit, fauteuil, table, ...)

Bon Moyen Mauvais

Service Télévision

Bon Moyen Mauvais

Hygiène, Propreté

Bon Moyen Mauvais

Service Téléphone/Wifi

Bon Moyen Mauvais

RESTAURATION

Qualité (goût et préparation)

Bon Moyen Mauvais

Respect des plats choisis

Bon Moyen Mauvais

Quantité

Bon Moyen Mauvais

Respect des régimes

Bon Moyen Mauvais

CHIRURGIEN / MEDECIN

Prise en charge de l'anxiété et de la douleur

Bon Moyen Mauvais

Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins

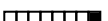
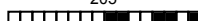
Bon Moyen Mauvais

Disponibilité des Médecins/Chirurgiens

Bon Moyen Mauvais

Présentation, amabilité

Bon Moyen Mauvais



PERSONNEL DES SERVICES DE SOINS

Disponibilité

Bon Moyen Mauvais

Présentation, Amabilité

Bon Moyen Mauvais

Compréhension des informations données sur les soins

Bon Moyen Mauvais

Prise en charge de l'anxiété et de la douleur

Bon Moyen Mauvais

Délai d'attente après les appels

Bon Moyen Mauvais

Respect de votre dignité et de votre intimité

Bon Moyen Mauvais

BLOC OPERATOIRE ET SALLE DE REVEIL

Présentation, amabilité

Bon Moyen Mauvais

Compréhension des informations données

Bon Moyen Mauvais

Prise en charge de l'anxiété et de la douleur

Bon Moyen Mauvais

Respect de la dignité et de l'intimité

Bon Moyen Mauvais

APRES VOTRE HOSPITALISATION

Informations données pour vos soins après votre séjour

Bon Moyen Mauvais

SATISFACTION GENERALE

Recommanderez-vous la Clinique à vos proches ?

Oui Non

Merci de donner en quelques mots :

Point(s) fort de la Clinique

Point(s) à améliorer :

