



Questionnaire de Sortie

Vous venez d'être hospitalisé à la Clinique Saint Charles.

Nous espérons que votre séjour s'est passé dans de bonnes conditions et que vous êtes satisfait des soins que vous avez reçus.

Afin de mieux répondre à vos attentes, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire et de le laisser soit dans le service soit au bureau des entrées.

Date de sortie : / /

Vous étiez : Hospitalisé en Ambulatoire

L'accueil

Dans la clinique, signalisation des services : Mauvaise Passable Bonne Excellente

Etes-vous satisfait de l'accueil ?

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
du personnel du bureau des entrées et sorties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du personnel soignant :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du personnel du bloc opératoire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'identification du personnel travaillant dans le service est : Très difficile Plutôt difficile Facile Très facile

L'attente

Combien de temps avez-vous attendu ?

	Plus de 30 minutes	De 15 à 30 minutes	Moins de 15 minutes	Sans attente	nc
au bureau des entrées :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
délai de réponse aux sonnettes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
au bloc opératoire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lors de votre sortie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
au service radiologie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La chambre

Que pensez-vous de ?

	Mauvais(e)	Passable	Bon(ne)	Excellent(e)	nc
la literie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les prestations (TV, téléphone):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la propreté :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la température :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le niveau sonore :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les repas

Que pensez-vous de ?

	Mauvais(e)	Passable	Bon(ne)	Excellent(e)	nc
la qualité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la quantité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la température :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les horaires :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le respect du régime :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La qualité des soins

Lors de vos soins, votre intimité a-t-elle été respectée ? oui non nc

	Mauvais(e)	Passable	Bon(ne)	Excellent(e)	nc
La prise en charge de votre douleur :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attention du personnel soignant (écoute, gentillesse, aide) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intervention du kinésithérapeute :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'information

Les informations données étaient :

	pas claires	peu claires	claires	très claires	nc
Lors de votre entrée :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de votre sortie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur les frais de séjour :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur votre état de santé :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par le chirurgien :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par le médecin anesthésiste :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par le personnel soignant :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre satisfaction générale

Etes-vous satisfait de votre séjour à la clinique ? Pas du tout satisfait Peu satisfait Assez satisfait Très satisfait

Renseignements facultatifs

Dans quel service avez-vous séjourné ?

- Charles Démia Anne Sicard
 Sainte Véronique Saint Joseph
 Ambulatoire

Votre nom et prénom :

Votre numéro de chambre

Remarques et suggestions :

.....
.....

Merci, la Direction.

en qua 600 c - déc 2005 -