

Questionnaire de Sortie

Vous venez d'être hospitalisé(e) à la Clinique Chirurgicale Saint Charles.

Nous espérons que votre séjour s'est passé dans de bonnes conditions et que vous êtes satisfait(e) 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.

Vous étiez : Hospitalisé(e) en Ambulatoire

L'accueil

Etes vous satisfait (e) de l'accueil du personnel à chaque étape de la prise en charge, de votre entrée à la sortie ?

Pas du tout Plutôt pas Plutôt Tout à fait

Avez vous compris le rôle de la personne de confiance ?

Pas du tout Plutôt pas Plutôt Tout à fait

Commentaires :

L'attente

Combien de temps avez vous attendu ?

	Plus de 30 minutes	De 15 à 30 minutes	Moins de 15 minutes	Sans attente
au bureau des entrées :	<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"/>
au bloc opératoire :	<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"/>

Commentaires :

L'hébergement

Etes vous satisfait(e) de :

	Pas du tout	Plutôt pas	Plutôt	Tout à fait
La qualité de l'hébergement (propreté des lieux, confort de la chambre ou du box, niveau sonore, ...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des repas ou collations (qualité, quantité, ...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

La qualité des soins

Etes vous satisfait (e) ?

	Pas du tout satisfait(e)	Plutôt pas satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Tout à fait satisfait(e)
de la prise en charge de votre douleur :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de l'attention du personnel soignant (écoute, disponibilité) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'information

Votre avis sur l'information délivrée :

	pas claires	peu claires	claires	très claires
Avant votre séjour, sur l'organisation de l'entrée, les documents à apporter, les consignes à respecter, ... :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur les médicaments administrés pendant le séjour (indications, effets secondaires) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant le séjour :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur l'organisation de votre sortie (préparation, consultation post opératoire, ordonnance, ...) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par les médecins, chirurgien et/ou anesthésiste :	<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"/>

Votre satisfaction générale

Etes-vous satisfait(e) de votre séjour à la clinique ?

Pas du tout Peu Assez Très

Recommanderiez vous la clinique à votre entourage ?

Pas du tout Parfois Souvent Certainement

Votre nom et prénom (facultatif) :

Remarques et suggestions :

Merci, la Direction.

en qua 600 g janvier 2020