



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Dans un souci d'**amélioration continue de la qualité** des soins et des services dispensés à la Clinique, nous souhaitons connaître votre appréciation et vos remarques. Nous vous remercions donc de prendre quelques instants pour répondre à ce **Questionnaire de sortie**. Vos remarques et suggestions resteront strictement anonymes.

Chambre n°.....

Date : .....

Age : .....

### SIGNALETIQUE

Avez-vous trouvé facilement la Clinique ? Oui  Non   
Avez-vous pu vous garer facilement ? Oui  Non   
Trouvez-vous la signalisation interne satisfaisante ? Oui  Non   
Trouvez-vous la signalisation externe satisfaisante (parking...)? Oui  Non

Vous avez connu la clinique par :  Votre médecin  La presse  Un professionnel de la clinique  Autre

Autre, précisez : .....

### L'ACCUEIL

Avez-vous attendu moins d'un quart d'heure ? Oui  Non

#### **Avez-vous été satisfait de l'accueil ?**

A l'entrée Oui  Non   
Dans le service où vous étiez hospitalisé Oui  Non   
Au bloc opératoire Oui  Non   
Lors des examens complémentaires (radio...) Oui  Non

#### **Le personnel d'accueil était-il :**

Disponible Oui  Non   
Aimable Oui  Non   
Discret Oui  Non

**Si non, pourquoi :** .....

### L'INFORMATION

Vous a-t-on remis le sac Portes du Sud ? Oui  Non

Vous a-t-on remis le Livret d'Accueil ? Oui  Non

Avez-vous trouvé les informations nécessaires à votre séjour dans le livret d'accueil ? Oui  Non

#### **Si non, quelle(s) information(s) serai(en)t à ajouter ?**

.....

Avez-vous visité le site Internet de la Clinique ([www.ghm-lesportesdusud.fr](http://www.ghm-lesportesdusud.fr)) ? Oui  Non

Si oui, y avez-vous trouvé facilement les informations que vous recherchez ? Oui  Non

#### **Si non, quelle(s) amélioration(s) serai(en)t à apporter ?**

.....

Les informations fournies par les médecins, et les anesthésistes étaient-elles satisfaisantes ? Oui  Non

Les informations fournies par le personnel soignant étaient-elles satisfaisantes ? Oui  Non

Connaissez-vous la Commission des Relation avec les Usagers ? Oui  Non

**Commentaires :** .....

### L'HOTELLERIE ET LA RESTAURATION

#### **Votre service :**

Addictologie  Maternité  Féd. Cardio-vasculaire-Métabolique  
 Ambulatoire-HTP  Chirurgie de semaine  Féd. Pneumo-gériatrie-Méd. Polyvalente  
 Féd. Digestive  Chirurgie Générale

**Votre chambre :** Individuelle  Double

#### **Comment jugeriez-vous votre chambre en terme de :**

	T. Bon	Bon	Insuff	Mauvais		T. Bon	Bon	Insuff	Mauvais
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confort de la literie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propreté des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnement de la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnement du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires :** .....

### Avez-vous été satisfait de vos repas ?

	Oui	Non		Oui	Non
Etaient-ils satisfaisants en quantité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etaient-ils bien présentés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etaient-ils satisfaisants en qualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etaient-ils servis à bonne température ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etaient-ils satisfaisants en variété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre régime a-t-il été respecté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires** : .....

Avez-vous été satisfait du personnel de service : ménage / repas ?	Tenue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Discrétion	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Efficacité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de la propreté des locaux communs couloirs, hall d'entrée... ? Oui  Non

**Commentaires** : .....

### LES SOINS

Avez-vous été satisfait du confort et de la prise en charge la nuit ? Oui  Non

### Avez-vous été satisfait du personnel médical et soignant ?

Soins :	Oui	Non	Amabilité :	Oui	Non
Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides-soignant(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aides-soignant(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brancardiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brancardiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auxiliaires de puériculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auxiliaires de puériculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre douleur a-t-elle été soulagée : efficacement Oui  Non  rapidement Oui  Non

Lors de vos soins, votre intimité a-t-elle été respectée ? Oui  Non

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge au bloc opératoire ? Oui  Non

**Commentaires** : .....



### VOTRE SORTIE

Les informations concernant votre sortie ont-elles été suffisantes ? Oui  Non

Le déroulement des formalités administratives a-t-il été satisfaisant ? Oui  Non

**Commentaires** : .....

### EN CONCLUSION

Au moment de sortir, gardez-vous une bonne impression de votre séjour ?              

Si vous ou un proche devait être hospitalisé, choisiriez-vous l'établissement ?              

**Sinon, pourquoi ?** .....

Seriez-vous volontaire pour **participer à un groupe d'expression des usagers** destiné à recueillir les remarques, suggestions des patients de l'établissement dans un but d'amélioration de la qualité de la prise en charge ?

Oui  Non

**Si oui, merci de nous laisser vos coordonnées (adresse, n° de téléphone, mail...)**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Mail : .....@.....

**Merci de remettre ce document au personnel lors de votre sortie ou dans les boîtes prévues à cet effet aux bureaux des entrées (hall d'entrée et ambulatoire)**