

QUESTIONNAIRE DE SORTIE D'HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE

A chaque étape de votre séjour, veuillez nous faire part (par une croix) de votre appréciation :

I – ACCUEIL :

	<i>Très satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Peu satisfait</i>	<i>Pas satisfait</i>
‣ <i>Le déroulement des formalités d'admission</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>Les conditions d'attente à l'accueil</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>La qualité d'accueil à votre arrivée dans le service</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>Le délai d'attente avant la prise en charge dans le service</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>La disponibilité du personnel pour vous renseigner</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II – ACCÈS :

‣ <i>La signalisation des voies d'accès à la clinique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>La disponibilité des places de parking</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>La signalisation interne du service</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III – LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE :

	<i>Très aimable</i>	<i>Aimable</i>	<i>Peu aimable</i>	<i>Pas aimable</i>
‣ <i>L'accueil du personnel des admissions</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>L'accueil du personnel soignant</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>L'accueil du personnel de service</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>L'accueil du personnel du bloc opératoire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV – VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE :

	<i>Très satisfaisante</i>	<i>Satisfaisante</i>	<i>Peu satisfaisante</i>	<i>Pas satisfaisante</i>
‣ <i>La qualité des soins infirmiers</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ <i>L'information sur les soins donnés</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Le soulagement de votre douleur
- Le confort dans l'établissement

Satisfaisant
Satisfaisant

Insatisfaisant
Insatisfaisant

	<i>Excellente</i>	<i>Bonne</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Mauvaise</i>
‣ La qualité de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ La quantité de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V – VOTRE SORTIE DE LA CLINIQUE :

- Avez-vous été informé suffisamment tôt de l'heure de votre sortie ?..... Oui Non

VI – APPRÉCIATION GLOBALE DE VOTRE SÉJOUR :

	<i>Excellente</i>	<i>Bonne</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Mauvaise</i>
‣ Quelle impression portez-vous sur la clinique dans son ensemble ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
‣ Conseillerez-vous l'établissement à vos proches et connaissances ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	

REMARQUE(S) OU SUGGESTION(S) ÉVENTUELLE(S) :

Roanne, le : -----

Facultatif :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Les praticiens et l'ensemble du personnel de la Clinique vous remercient de votre confiance et vous souhaitent un excellent rétablissement.

Merci de déposer le questionnaire au secrétariat en sortant.