

# Questionnaire de sortie d'hospitalisation

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

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
<b>1. ACCES</b>				
• La signalisation des voies d'accès à la clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La disponibilité des places de parking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La signalisation interne de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. LES URGENCES</b>				
• Êtes-vous passé par les urgences		<b>Oui</b> <input type="radio"/>		<b>Non</b> <input type="radio"/>
• La qualité de l'accueil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le délai d'attente avant la prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. VOTRE ADMISSION</b>				
• Les locaux d'accueil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Les conditions d'attente à l'accueil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Les délais d'attente avant d'être orienté dans un service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La disponibilité du personnel pour vous renseigner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le déroulement des formalités d'admission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La qualité des explications fournies sur l'admission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le délai d'attente avant la prise en charge dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La qualité de l'accueil à votre arrivée dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Les explications sur votre séjour dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. VOTRE ACCUEIL</b>				
• L'accueil au bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• L'accueil lors des examens complémentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE</b>				
	Très aimable	Aimable	Peu aimable	Pas aimable
• Le personnel des admissions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le personnel de la radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le personnel de service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le personnel du bloc opératoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le personnel des sorties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. VOTRE SEJOUR A LA CLINIQUE</b>				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
• Les soins infirmiers dispensés de jour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Les soins infirmiers dispensés de nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• La disponibilité du personnel à votre égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le respect de votre confort lors des déplacements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le respect de votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le respect de la confidentialité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bien expliquées	Expliquées	Peu expliquées	Pas expliquées
• Les informations fournies par les médecins, sont-elles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Les informations par le personnel soignant, sont-elles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Le soulagement de votre douleur	<b>Satisfaisant</b> <input type="radio"/>		<b>Insatisfaisant</b> <input type="radio"/>	

- |   |                         |                       |                       |                           |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
|   | <b>Très confortable</b> | <b>Confortable</b>    | <b>Inconfortable</b>  | <b>Très inconfortable</b> |
| • Votre chambre était elle                                      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
|   | <b>Excellent</b>        | <b>Bon</b>            | <b>Moyen</b>          | <b>Mauvais</b>            |
| • Son ménage était-il   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| • Avez-vous trouvez l'environnement bruyant le jour ?           | <b>Oui</b>              | <input type="radio"/> | <b>Non</b>            | <input type="radio"/>     |
| • Avez-vous trouvez l'environnement bruyant la nuit ?           | <b>Oui</b>              | <input type="radio"/> | <b>Non</b>            | <input type="radio"/>     |
| • Si vous avez demandé une chambre seule, l'avez-vous obtenue ? | <b>Oui</b>              | <input type="radio"/> | <b>Non</b>            | <input type="radio"/>     |
| • Vous a-t-on proposé un choix de menu ?                        | <b>Oui</b>              | <input type="radio"/> | <b>Non</b>            | <input type="radio"/>     |
|   | <b>Excellente</b>       | <b>Bonne</b>          | <b>Moyenne</b>        | <b>Mauvaise</b>           |
| • La qualité de la nourriture                                   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
|   | <b>Copieux</b>          | <b>Suffisants</b>     | <b>Insuffisants</b>   | <b>Très insuffisants</b>  |
| • Les repas étaient-ils   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |

## 7. VOTRE ENTOURAGE

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
|  | <b>Oui</b>            | <b>Non</b>            |
| • Si une personne est restée à vos côtés, a-t-elle été satisfaite de la restauration :                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si une personne est restée à vos côtés, a-t-elle été satisfaite de la mise à disposition d'une couchette | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si cela a été nécessaire, a-t-elle rencontré la psychologue  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Si cela a été nécessaire, a-t-elle rencontré l'assistante sociale  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 8. VOTRE SORTIE DE LA CLINIQUE

- |   |                            |                       |                           |                           |
|---|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| • Avez-vous été informé suffisamment tôt de la date et de l'heure de votre sortie ? | <b>Oui</b>                 | <input type="radio"/> | <b>Non</b>                | <input type="radio"/>     |
|   | <b>Très satisfaisantes</b> | <b>Satisfaisantes</b> | <b>Peu satisfaisantes</b> | <b>Pas satisfaisantes</b> |
| • Comment vous ont semblé les informations concernant votre sortie ?                | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     |
| • Comment les formalités administratives de votre sortie vous ont-elles paru ?      | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     |

## 9. APPRECIATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR

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

## REMARQUE(S) OU SUGGESTION(S) EVENTUELLE(S)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Roanne le : ..... Etage : .....

*Facultatif*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

**Merci de déposer ce questionnaire rempli dans la boîte aux lettres placée près du bureau des sorties, de le remettre à un soignant, ou de l'expédier à la Direction de la Clinique.**