

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Pour veiller à l'amélioration de votre accueil et de la qualité de nos prestations, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire. Les questionnaires seront analysés anonymement par la Commission Des Usagers (CDU), composée de la Direction, des représentants des usagers, des équipes soignantes et du service qualité et gestion des risques. Vous pouvez déposer votre questionnaire complété dans la bannette prévue à cet effet dans le salon de sortie, le remettre à un professionnel ou nous le renvoyer par courrier à l'adresse : Clinique de Chartreuse - Responsable qualité / risques - 10 rue du Dr Butterlin BP 89 - 38503 Voiron Cedex.

Nous vous remercions pour votre participation.

Les niveaux de satisfaction

Veillez noter votre degré de satisfaction en cochant la case correspondant à votre choix



Très insatisfait



Peu satisfait



satisfait



Très satisfait

INFORMATIONS GENERALES (facultatif)

Nom et Prénom

Si vous le souhaitez, merci d'indiquer vos coordonnées nous permettra de vous apporter une réponse si nécessaire.

Adresse

Votre âge :

Moins de 30 ans

30 - 60 ans

Plus de 60 ans





EN AMONT DE VOTRE HOSPITALISATION

					Non concerné
Informations relatives aux modalités d'entrée et de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations contenues dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





L'ACCUEIL

					Non concerné
Hôtesse d'accueil / Bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès de l'accueil jusqu'au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





LE PERSONNEL ADMINISTRATIF

					Non concerné
Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité relationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





LE PERSONNEL SOIGNANT (Infirmiers / Aide soignants)

					Non concerné
Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité relationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





MEDECINS ANESTHESISTES / CHIRURGIENS

					Non concerné
Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité relationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





LA QUALITE DES SOINS

					Non concerné
Les soins infirmiers le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins infirmiers la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





LA DOULEUR

					Non concerné
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





LA QUALITE DE L'INFORMATION

					Non concerné
Les formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consultation anesthésique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consultation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les traitements médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPECT DE VOS DROITS

					Non concerné
Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culte religieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





LE CONFORT

					Non concerné
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES REPAS / COLLATIONS

Suivez-vous habituellement un régime particulier ? non oui, lequel :

Un régime a-t-il été prescrit pendant votre séjour ? non oui, lequel :

					Non concerné
Horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité gustative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité servie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE

Quelle note sur 10 attribueriez-vous à la Clinique ?

☹️			😐		😐		😊		😊	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES ET SUGGESTIONS

Avez-vous des remarques et suggestions à nous adresser ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation