

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, cela nous permettra de vous apporter une réponse si nécessaire.

Adresse _____

Votre âge :





Moins de 30 ans 30 - 60 ans Plus de 60 ans

INFORMATIONS MEDICALES REÇUES AVANT VOTRE HOSPITALISATION


					Non concerné
Clarté des informations reçues par le médecin lors de la consultation chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations reçues par l' anesthésiste lors de la consultation anesthésique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des explications données sur le déroulement du séjour , de votre entrée à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des consignes pré-opératoires (jeûne, douche, dépilation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIVRET D'ACCUEIL





- Avez-vous eu un livret d'accueil ? oui
 non *(si non, passez au paragraphe suivant)*

LIVRET D'ACCUEIL					Non concerné
Clarté des informations contenues dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moment de remise du livret d'accueil par rapport à votre entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilité de recherche des éléments souhaités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation graphique du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SEJOUR

					Non concerné
Votre accueil à la Clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité par les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité lors des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RELATIONNEL AVEC LES PROFESSIONNELS

					Non concerné
Le personnel d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'anesthésiste / L'infirmier(e) anesthésiste	<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"/>	<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