



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Clinique  
de la Miotte

DOC ADM 40 3

VERSION 1	Création	10/12/2010
VERSION 2	Révision : changement de référence (ancienne référence : DOC 125 C/195 A/031 B)	17/11/2014
VERSION 3	Révision : ajout de questions + commentaires/remarques	28/01/2016
Validation : 28/01/2016	Application : 01/02/2016	Diffusion : 01/02/2016

Vous ou votre enfant avez été hospitalisé(e) dans notre établissement. Cette enquête vous est proposée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge effectuée par les différents services au cours de votre séjour. Vous pouvez répondre de manière anonyme (indiquer votre nom pourra éventuellement nous permettre de vous répondre) et remettre le questionnaire dans la boîte QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION au sein du service, au personnel du service, ou l'envoyer par courrier à l'adresse suivante :

**HOPITAL PRIVE DE LA MIOTTE**  
**Service Qualité**  
**15 avenue de la Miotte – CS 30109**  
**90002 BELFORT CEDEX**

Remplir l'enquête de satisfaction : Si vous n'êtes pas concerné(e) ou ne souhaitez pas répondre à certaines questions, vous pouvez cocher la case « ? » ou ne pas répondre.

Très Satisfaisant Satisfaisant Peu Satisfaisant Insuffisant Non concerné ?

## Votre accueil (ou l'accueil de votre enfant ou proche)

- Etes-vous satisfait(e) de l'accueil réservé au service des admissions
- Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu dans le service de soins
- Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu au bloc opératoire

## Votre information

- |   | OUI                      | NON                      | Sans avis                |  |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| • Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| • Durant votre séjour, avez-vous obtenu des informations claires et suffisantes concernant :  |                          |                          |                          |  |  |
| - votre admission ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| - votre état de santé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| - le déroulement des soins et examens effectués ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| • Durant votre séjour, avez-vous obtenu des informations claires et suffisantes sur la préparation de votre sortie (date de sortie, traitement, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |

**Les soins** Service d'hospitalisation :  Chirurgie  Ambulatoire  S.S.P. Chambre n° : \_\_\_\_\_

?

- Durant votre séjour, le personnel vous a-t-il paru :
  - A votre écoute ?
  - Respectueux vis-vis de la dignité, votre intimité ?
  - Respectueux vis-vis de vos croyances ?
  - Réactif lors de vos appels (sonnette) ?
- Comment jugeriez-vous la prise en charge de la douleur ?
- Que pensez-vous de l'amabilité et de la disponibilité :
  - Du personnel administratif (secrétariats, standard, etc.) ?
  - De l'équipe médicale ?
  - De l'équipe soignante ?

