



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
Validation : 17/11/2014	Application : 17/11/2014	Diffusion : 17/11/2014

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Etes-vous satisfait(e) de l'accueil reçu au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 : <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> S.S.P. Chambre n° : _____					
					?
• Durant votre séjour, le personnel vous a-t-il paru :					
- A votre écoute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Respectueux vis-vis de la dignité, votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Respectueux vis-vis de vos croyances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Réactif lors de vos appels (sonnette) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Comment jugeriez-vous la prise en charge de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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
Validation : 17/11/2014	Application : 17/11/2014	Diffusion : 17/11/2014

- Que pensez-vous de l'amabilité et de la disponibilité :

- Du personnel administratif (secrétariats, standard, etc.) ?
- De l'équipe médicale ?
- De l'équipe soignante ?

Les soins spécifiques



- Si vous en avez eu besoin, comment jugeriez-vous la prise en charge :

- Par les kinésithérapeutes ?
- Par l'assistante sociale ?
- Par la psychologue ?

Les soins en dehors du service

- Comment jugeriez-vous la prise en charge par le personnel :

- Au bloc opératoire ?
- Brancardage ?

Vous accompagnez un enfant hospitalisé

- Etes-vous satisfait(e) des possibilités proposées pour rester auprès de votre enfant durant la nuit.
- Etes-vous satisfait(e) des possibilités proposées pour prendre vos repas auprès de votre enfant.

Les prestations, la chambre

- Etes-vous satisfait(e) de la qualité des repas (ou des collations pour le service ambulatoire) ?
- Que pensez-vous des horaires de distribution des repas ?
- Etes-vous satisfait(e) :
 - De la propreté de la chambre ?
 - Du confort de la chambre ?
 - De la température de la chambre ?
 - De la qualité et de la quantité des repas ?
 - De l'ambiance du service (calme, etc.) ?
- Etes-vous satisfait(e) :
 - De la prestation téléphone ?
 - De la prestation télévision ?
 - Des activités proposées (animations, bibliothèque, etc.) ?

Votre sortie

Date de sortie d'hospitalisation : ___ / ___ / _____



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Clinique
de la Motte

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
Validation : 17/11/2014	Application : 17/11/2014	Diffusion : 17/11/2014

- Que pensez-vous de la visite et des informations délivrées par votre médecin ?
- Que pensez-vous des informations fournies par l'infirmière ?
- Que pensez-vous des informations fournies concernant la délivrance des documents nécessaires à votre sortie (ordonnances, documents administratifs et explications, etc.) ?

Votre opinion générale sur le séjour

- Etes-vous satisfait(e) de l'ensemble du séjour ?
- OUI NON Sans avis
- Recommanderiez-vous notre établissement à vos proches ?