|  |
| --- |
| **3 minutes pour nous aider à nous améliorer - Donnez-nous votre avis !***Vos réponses resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins statistiques.* Pour plus d'informations concernant la clinique Trénel, rendez-vous sur notre site internet en cliquant [ici](theme/theme1.xml). |

Identité et contexte

1. Nom

|  |
| --- |
|  |

2. Sexe ¹

☐ Femme ☐ Homme

☐ Sans réponse

3. Numéro de chambre

|  |
| --- |
|  |

4. Service d'hospitalisation \*¹

☐ Zéphyr (ambulatoire) ☐ Alizé ☐ Mistral ☐ Ponant ☐ Ne sait pas

5. Date de sortie

|  |
| --- |
|  |

Questionnaire de satisfaction

6. Votre appréciation globale du séjour \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Appréciation globale | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

7. Admissions \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Qualité de l’accueil administratif | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Qualité du livret d'accueil / passeport ambulatoire | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Délai d’attente (admission) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Identification des différents professionnels (Nom et/ou prénom, fonction) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Disponibilité / écoute des professionnels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

8. Votre prise en charge médicale \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Accueil des soignants | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Information sur les précautions à prendre (Jeûne, préparation cutanée, arrêt du traitement médical si nécessaire…) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Information sur le déroulement de votre hospitalisation (Intervention, examens, imagerie médicale, traitement, suites post-opératoires) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Respect de l’intimité, de la dignité, de la confidentialité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Identification des différents professionnels (Nom et/ou prénom, fonction) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Disponibilité / écoute des professionnels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Clarté des réponses à vos questions | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sollicitation de votre consentement (ou de vos proches) concernant vos soins, votre traitement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Transport (debout, en fauteuil, en brancard) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins dispensés | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Informations sur la sortie (Date, destination, ordonnances, suivi, consignes post-opératoires…) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Délai éventuel d’attente lors de votre arrivée dans le service | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Délai éventuel d’attente lors de votre sortie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

9. Votre prise en charge au bloc opératoire et salle de surveillance post-interventionnelle \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Accueil des soignants | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins dispensés | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Respect de l’intimité, de la dignité, de la confidentialité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Disponibilité / écoute des professionnels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Délai éventuel de prise en charge au bloc opératoire | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

10. La prise en charge de la douleur \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Disponibilité / écoute des professionnels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prise en charge rapide | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prise en charge efficace | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

11. Les soins spécifiques \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Imagerie Médicale (radiologie, scanner, IRM) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kinésithérapie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

12. Restauration \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Qualité des collations ou repas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Respect du choix / régime | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

13. Chambre \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Propreté | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Confort (linge...) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| TV, Téléphone, WIFI | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ambiance du service (calme…) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

14. Parties communes \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Très satisfait |  Satisfait |  Peu satisfait |  Insatisfait |  Sans avis |
| Parking | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Signalétique | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Propreté des locaux | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

15. Vos remarques ou suggestions :

|  |
| --- |
|  |

*\* : La réponse est obligatoire.*

*¹: Ne cocher qu'une seule option.*