

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.

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 ¹	☐	☐	☐	☐	☐

7. Admissions *

	 Très satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Insatisfait	 Sans avis
Qualité de l'accueil administratif ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Qualité du livret d'accueil / passeport ambulatoire ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Délai d'attente (admission) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Identification des différents professionnels (Nom et/ou prénom, fonction) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Disponibilité / écoute des professionnels ¹	☐	☐	☐	☐	☐

8. Votre prise en charge médicale *

	 Très satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Insatisfait	 Sans avis
Accueil des soignants ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Information sur les précautions à prendre (Jeûne, préparation cutanée, arrêt du traitement médical si nécessaire...) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Information sur le déroulement de votre hospitalisation (Intervention, examens, imagerie médicale, traitement, suites post-opératoires) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Respect de l'intimité, de la dignité, de la confidentialité ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Identification des différents professionnels (Nom et/ou prénom, fonction) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Disponibilité / écoute des professionnels ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Clarté des réponses à vos questions ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Sollicitation de votre consentement (ou de vos proches) concernant vos soins, votre traitement ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Transport (debout, en fauteuil, en brancard) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Soins dispensés ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Informations sur la sortie (Date, destination, ordonnances, suivi, consignes post-opératoires...) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Délai éventuel d'attente lors de votre arrivée dans le service ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Délai éventuel d'attente lors de votre sortie ¹	☐	☐	☐	☐	☐

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 ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Soins dispensés ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Respect de l'intimité, de la dignité, de la confidentialité ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Disponibilité / écoute des professionnels ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Délai éventuel de prise en charge au bloc opératoire ¹	☐	☐	☐	☐	☐

10. La prise en charge de la douleur *

	 Très satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Insatisfait	 Sans avis
Disponibilité / écoute des professionnels ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge rapide ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Prise en charge efficace ¹	☐	☐	☐	☐	☐

11. Les soins spécifiques *

	 Très satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Insatisfait	 Sans avis
Imagerie Médicale (radiologie, scanner, IRM) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Kinésithérapie ¹	☐	☐	☐	☐	☐

12. Restauration *

	 Très satisfait	 Satisfait	 Peu satisfait	 Insatisfait	 Sans avis
Qualité des collations ou repas ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Respect du choix / régime ¹	☐	☐	☐	☐	☐

13. Chambre *

					
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans avis
Propreté ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Confort (linge...) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
TV, Téléphone, WIFI ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Ambiance du service (calme...) ¹	☐	☐	☐	☐	☐

14. Parties communes *

					
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Sans avis
Parking ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Signalétique ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Propreté des locaux ¹	☐	☐	☐	☐	☐

15. Vos remarques ou suggestions :

* La réponse est obligatoire.

¹ Ne cocher qu'une seule option.