

**Merci de prendre quelques minutes pour compléter le questionnaire ci-dessous
et de le remettre au secrétariat ou à l'infirmière du service**

N° de chambre : _____ Date d'entrée : _____ / _____ / _____

	<i>Très satisfaisant</i>	<i>Satisfaisant</i>	<i>Peu satisfaisant</i>	<i>Non satisfaisant</i>
I. ACCES A LA POLYCLINIQUE				
Facilité d'accès et de stationnement				
Signalisation intérieure				
Qualité du site internet (www.clinalpsud.com)				
II. STANDARD TELEPHONIQUE				
Délai d'attente				
Qualité des informations transmises				
III. PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE				
Qualité de l'accueil				
Respect de la confidentialité				
Délai d'attente pour établir votre dossier				
Qualité des informations données (heure d'arrivée, tarifs ...)				
Qualité du livret d'accueil				
IV. HOTELLERIE / RESTAURATION				
Votre chambre (confort, propreté, calme...)				
Votre collation (qualité, quantité...)				
V. PRISE EN CHARGE MEDICALE				
<i>LES EQUIPES DE SOINS</i>				
Disponibilité / Amabilité				
Respect de l'intimité et de la confidentialité				
Qualité des informations et des soins donnés				
Présentation et identification du personnel				
Accueil réservé à vos proches				
<i>LES MEDECINS</i>				
Disponibilité / Amabilité				
Respect de l'intimité et de la confidentialité				
Qualité des informations et des soins donnés				
<i>BRANCARDAGE</i>				
Amabilité				
Respect de l'intimité et de la confidentialité				
Sécurité				
<i>BLOC OPERATOIRE / RADIOLOGIE</i>				
Qualité de l'accueil				
Délai d'attente à l'entrée				
Respect de l'intimité et de la confidentialité				
<i>PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR</i>				
Qualité de la prise en charge				
Avez-vous souffert ?	Oui	Non		
Si oui, en avez-vous averti le personnel soignant ?	Oui	Non		
A-t-on répondu à votre demande ?	Oui	Non		
VI. VOTRE SORTIE				
Délai d'attente (formalités administratives)				
VII. APPRECIATION GENERALE				
Qualité du séjour				
Recommanderiez-vous la polyclinique à l'un de vos proches ?	Oui	Non		
REMARQUES / SUGGESTIONS				
.....				