

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

**Votre séjour à la polyclinique se termine. Dans un souci permanent d'amélioration de la qualité des soins et des prestations, nous vous serions reconnaissants de prendre quelques minutes pour compléter le questionnaire ci-dessous**

Service :

Chirurgie

Médecine

N° de chambre : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Durée du séjour : \_\_\_\_\_ jour(s)

Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant
-------------------	--------------	------------------	------------------

## I. ACCES A LA POLYCLINIQUE

Facilité d'accès et de stationnement				
Signalisation intérieure				
Qualité du site internet				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

## II. STANDARD TELEPHONIQUE

Délai d'attente				
Qualité des informations transmises				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

## III. PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE

Qualité de l'accueil				
Respect de la confidentialité				
Délai d'attente pour établir votre dossier				
Qualité des informations données (jour & heure d'arrivée, documents à apporter, tarifs appliqués...)				
Qualité du livret d'accueil				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

## IV. HOTELLERIE / RESTAURATION

### HEBERGEMENT

Chambre (confort, télévision, téléphone...)				
Propreté de la chambre				
Calme				
Avez-vous obtenu une chambre particulière ? (si vous en avez fait la demande)	Oui	Non		
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

### RESTAURATION

Qualité des repas				
Quantité des repas				
Horaire des repas				
Présentation des plateaux				
Température des plats				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

**TOURNEZ S.V.P.**

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## V. PRISE EN CHARGE MEDICALE

Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant
-------------------	--------------	------------------	------------------

### LES EQUIPES DE SOINS

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>Remarques / Suggestions :</i> .....				

### LES MEDECINS

Disponibilité / Amabilité				
Respect de l'intimité et de la confidentialité				
Qualité des informations et des soins donnés				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

### BRANCARDAGE

Amabilité				
Respect de l'intimité et de la confidentialité				
Sécurité				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

### BLOC OPERATOIRE / RADIOLOGIE

Qualité de l'accueil				
Délai d'attente à l'entrée				
Respect de l'intimité et de la confidentialité				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

### PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

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		
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

## VI. VOTRE SORTIE

Délai d'attente (formalités administratives)				
Information sur le devenir personnel				
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

## VII. APPRECIATION GENERALE

Qualité du séjour				
Recommanderiez-vous la polyclinique à l'un de vos proches ?	Oui	Non		
<i>Remarques / Suggestions :</i> .....				

Le Responsable Assurance Qualité de l'établissement se tient à votre disposition, merci de faire la demande auprès d'une infirmière du service

*Questionnaire à remettre à l'hôtesse d'accueil à l'occasion de votre sortie*