

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

QESP n°.....

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre séjour à La Chênaie se termine. Nous espérons qu'il a été agréable et profitable.

Afin d'améliorer la qualité de nos services et d'adapter nos prestations à vos souhaits, nous vous serions reconnaissants de compléter ce questionnaire, qui peut être anonyme.

En cas de suggestions ou de dysfonctionnement, l'hôtesse d'accueil tient à votre disposition un registre des plaintes et réclamations. Vous pouvez également saisir la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge, selon la procédure mentionnée dans le livret d'accueil.

LA DIRECTION

Bouc Bel Air, le Nom (facultatif)

	TRES SATISFAISANT	SATISFAISANT	PEU SATISFAISANT	NON SATISFAISANT	SANS OBJET
--	----------------------	--------------	---------------------	---------------------	---------------

ACCES A LA CHENAIE

1. Facilité d'accès et de stationnement					
2. Signalétique intérieure					

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE

Accueil et standard téléphonique (si vous avez eu besoin de ces services)

3. Délai d'attente au standard					
4. Qualité de l'accueil					
5. Qualité des informations reçues					

Admission au bureau des entrées

6. Délai d'attente					
7. Respect de la confidentialité					
8. Disponibilité / Amabilité					
9. Qualité des informations reçues					

Prise en charge par le secrétariat médical (si vous avez eu besoin de ces services)

10. Respect de la confidentialité					
11. Disponibilité / Amabilité					
12. Qualité des informations reçues					

Prise en charge par l'assistante sociale (si vous l'avez rencontrée)

13. Respect de la confidentialité					
14. Disponibilité / Amabilité					
15. Qualité des informations reçues					

INFORMATION SUR VOS DROITS ET LEUR RESPECT

16. Respect de vos croyances					
17. Qualité et clarté du livret d'accueil					
18. Accueil réservé à votre entourage					
19. Respect de l'intimité et de la confidentialité					

	TRES SATISFAISANT	SATISFAISANT	PEU SATISFAISANT	NON SATISFAISANT	SANS OBJET
--	----------------------	--------------	---------------------	---------------------	---------------

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Par le(s) médecin(s)

20. Disponibilité / Amabilité				
21. Qualité des informations reçues				
22. Qualité des soins médicaux				

Par l'équipe paramédicale (infirmier(e)s et aides-soignant(e)s)

23. Disponibilité / Amabilité				
24. Qualité des informations reçues				
25. Qualité des soins				

Par le(s) masseur(s)-kinésithérapeute(s) (si vous avez bénéficié de séances de rééducation)

26. Disponibilité / Amabilité				
27. Qualité des informations reçues				
28. Qualité des soins				

Par la diététicienne (si vous l'avez rencontrée dans le cadre de votre régime alimentaire)

29. Disponibilité / Amabilité				
30. Qualité des informations reçues				
31. Qualité de la prise en charge				

Prise en charge médicamenteuse

32. Information sur votre traitement				
33. Prise en charge médicamenteuse				

HEBERGEMENT

Restauration

34. Qualité des repas				
35. Quantité des repas				
36. Variété des repas				
37. Température des repas				
38. Présentation des repas				
39. Respect du régime				

Hôtellerie

40. Confort de la chambre				
41. Propreté de la chambre				
42. Propreté des locaux communs				
43. Disponibilité / Amabilité du personnel d'entretien				

APPRECIATION GENERALE

44. Qualité du séjour				
45. Recommanderiez-vous La Chênaie à vos proches ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Vos observations nous intéressent :

.....



Questionnaire de satisfaction

LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé à la Clinique La Chênaie.

L'équipe de La Chênaie s'est engagée à améliorer la prise en charge de la douleur de ses patients. Nous souhaiterions donc connaître votre appréciation et votre ressenti sur cette dernière.

Merci de retourner ce questionnaire à votre départ, au bureau d'accueil.

1. Votre douleur a-t-elle été évaluée rapidement lors de votre arrivée dans l'établissement ?

oui

non

2. Avez-vous été concerné par la douleur au cours de votre séjour ?

oui

non

Si « OUI », merci de répondre aux questions suivantes. Autrement arrêter le questionnaire.

3. Avez-vous reçu un traitement anti-douleur pendant votre séjour ?

oui

non

4. Avez-vous eu moins mal à la suite de ce traitement ?

oui

non

5. Sur l'ensemble du séjour, comment jugez-vous la prise en charge de votre douleur ?

Excellente

Suffisante

Insuffisante

Très insuffisante

Commentaires éventuels :

.....

.....

Nom et Prénom (facultatif) :

Date :