

# Questionnaire de satisfaction

Vous venez d'être hospitalisé(e) à la Clinique Médicale de Villecresnes. Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Avant de quitter la Clinique, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer l'accueil, la qualité des services et des soins que nous dispensons.

Nous vous remercions de le déposer dans la l'urne transparente située au niveau des admissions (à l'extérieur) lors de votre sortie. Les remarques que vous ferez seront strictement confidentielles. Votre avis nous est précieux pour faire évoluer chaque jour la qualité de nos prestations – Merci de bien vouloir y consacrer un peu de votre temps.

*La Direction*

## A votre arrivée

	Très facile	Facile	Assez facile	Difficile	NC
01 Vous avez trouvé l'accès à l'établissement :	<input type="checkbox"/>				
02 Le stationnement vous a paru :	<input type="checkbox"/>				

## L'accueil

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas satisfaisant(e)
03 Accueil principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Aux admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Dans le service d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Vous a-t-on remis un livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
07 Si oui, y avez-vous trouvé des informations utiles et claires ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
08 Les conditions de l'accueil permettent la confidentialité des informations échangées	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
09 La signalisation des services vous a paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Durant votre séjour

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
10 Avez-vous eu connaissance de l'identité et de la fonction de vos interlocuteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas satisfaisant(e)
11 La disponibilité du personnel soignant vous a paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 La disponibilité du personnel médical vous a paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Les soins vous ont-ils été dispensés avec respect	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NC	
14 La confidentialité de votre état de santé a été respectée de manière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilette, accompagnement) vous a paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Vos valeurs culturelles (alimentation, religion...) ont été respectées de manière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Vous avez bénéficié d'examen complémentaire, cet examen s'est déroulé de manière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 L'organisation des déplacements nécessaires pour les examens vous a paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Si vous avez eu besoin d'un traitement contre la douleur, la rapidité avec laquelle le traitement vous a été délivré vous a semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Son efficacité vous a semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Vous a-t-on donné des explications concernant la personne de confiance	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
22 Que pensez-vous de la prise en charge psychologique au cours de votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Durant votre séjour

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas satisfaisant(e)
23 Votre opinion sur les ateliers/ groupes de parole/repas thérapeutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Votre opinion sur les activités sportives proposées pendant votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Que pensez-vous de l'information reçue concernant votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 La disponibilité ; l'écoute ; les conseils des diététiciens vous ont semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Votre opinion sur les cours de diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 La disponibilité, l'écoute, les conseils des kinésithérapeutes vous ont semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Le confort hôtelier

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas satisfaisant(e)
29 Le confort de votre chambre vous a semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 La propreté des locaux vous semble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Qu'avez-vous pensé de la qualité de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Qu'avez-vous pensé de la variété des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Qu'avez-vous pensé de la température des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 L'attention réservée à vos proches vous a semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Durant votre séjour

	Très satisfaisant(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Pas satisfaisant(e)
35 Comment considérez-vous l'information reçue sur vos conditions de sortie (jour, heure, mode de transport, formalités administratives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 L'information donnée pour assurer la continuité des soins et sur les activités à poursuivre après votre hospitalisation : ordonnance de sortie, prochain rendez-vous, sport, régime, reprise de travail...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Le délai d'attente aux admissions vous semble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Comment jugez-vous globalement la qualité de la prise en charge dans notre établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vos suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....



La Clinique de Villecresnes est un établissement adhérent du GIE Santé & Retraite.

