

L'ACCUEIL

Avez-vous attendu moins d'un quart d'heure ? OUI NON

Avez-vous été satisfait de l'accueil ?

A l'entrée OUI NON

Dans le service où vous étiez hospitalisé OUI NON

Au bloc opératoire OUI NON

Le personnel d'accueil était-il ?

Disponible OUI NON

Aimable OUI NON

Discret OUI NON

L'INFORMATION

Avez-vous trouvé les informations nécessaires à votre séjour dans le livret d'accueil ? OUI NON

Si non, quelle(s) informations serai(en)t à rajouter ?

Avez-vous visité de site Internet de la clinique (www.clinique-part-dieu.com) ? OUI NON

Si oui, y avez-vous trouvé facilement les informations que vous recherchiez ? OUI NON

Quelle(s) améliorations serai(en)t à apporter ?

Les informations fournies par les médecins et anesthésistes étaient-elles satisfaisantes ? OUI NON

Les informations fournies par le personnel soignant étaient-elles satisfaisantes ? OUI NON

L'HOTELLERIE ET LA RESTAURATION

Votre régime a-t'il été respecté ? OUI NON

Service AMBULATOIRE

Avez-vous été satisfait de votre collation ?

En quantité OUI NON

En qualité OUI NON

Service d'HOSPITALISATION

Avez-vous été satisfait de vos repas ?

En quantité OUI NON

En qualité OUI NON

En température OUI NON

En variété OUI NON

LES SOINS

Avez-vous été satisfait du personnel médical et soignant ?

| Soins | OUI | NON | Amabilité | OUI | NON |
|---------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infirmier(e)s | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infirmier(e)s | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brancardiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brancardiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre douleur a-t'elle été soulagée : Efficacement OUI NON - Rapidement OUI NON

Lors de vos soins, votre intimité a-t-elle été respectée OUI NON

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge au bloc opératoire ? OUI NON



Sinon, pourquoi ?

VOTRE SORTIE

Les informations concernant votre sortie ont-elles été suffisantes ? OUI NON

Le déroulement des formalités administratives a-t'il été satisfaisant ? OUI NON

EN CONCLUSION

Au moment de sortir, gardez-vous une bonne impression de votre séjour ?  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Sinon, pourquoi ?

Chambre n°

Date

Age