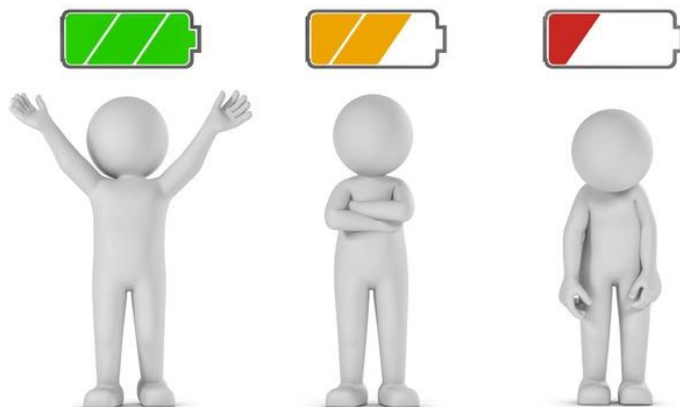


## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - AMBULATOIRE

**AIDEZ-NOUS A AMELIORER NOS PRATIQUES !**



Madame, Monsieur,

Vous venez d'être pris en charge au sein de la Clinique Les Charmilles

La satisfaction de nos patients est très importante pour les équipes soignantes, pour les médecins et pour l'établissement.

Partagez votre expérience et votre satisfaction en répondant à notre questionnaire

**Toutes nos équipes vous remercient et vous souhaitent un prompt rétablissement.**

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## Ambulatoire

Madame, Monsieur,

Votre séjour à la **Clinique Les Charmilles** se termine. Dans un souci permanent d'amélioration de nos prestations, nous vous serions reconnaissants de remplir ce questionnaire de satisfaction avant votre sortie. Nous vous remercions par avance de le déposer dans la boîte identifiée à cet effet dans le service.

Cochez ce qui correspond à votre choix :



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas du tout satisfait

NC

Non Concerné(e)

Date de sortie : \_\_\_\_\_

Numéro de box : \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu un livret d'accueil ?

Oui

Non

					NC
Qualité des informations pour préparer votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil et disponibilité du personnel administratif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge par le personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment percevez-vous votre prise en charge au bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous êtes allé au bloc debout, êtes-vous satisfait des modalités d'accès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction de la prise en charge de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de vos droits (confidentialité de vos informations, respect de votre intimité...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'accompagnement de vos proches/famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de la restauration (repas/collation, variété, quantité, qualité...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'hébergement (chambre/box, propreté, confort...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'organisation et des informations concernant votre sortie (date, heure, destination, documents de sortie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

					NC
Avis global sur votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous notre établissement à votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vos commentaires positifs, remarques et suggestions :**

**Vos commentaires négatifs, remarques et suggestions :**