

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) à la Polyclinique de Kério. Afin d'améliorer nos services, nous nous demandons de bien vouloir répondre au questionnaire de satisfaction suivant. Il sera ensuite à remettre avant votre départ au personnel du service qui vous accueille ou à nous retourner par courrier (POLYCLINIQUE DE KERIO – Kério – 56920 NOYAL-PONTIVY).

Date _____ NOM – Prénom (Facultatif) _____

Service d'hospitalisation : Hospitalisation complète Hospitalisation de semaine
 Ce questionnaire est rempli : par la personne hospitalisée par l'accompagnant (parent, enfant, conjoint...)

Pour mieux vous connaître

Votre sexe : Féminin Masculin
 Votre âge : Moins de 18 ans De 18 à 40 ans De 41 à 60 ans De 61 à 75 ans 76 ans et plus
 Votre praticien dans la clinique : _____
 La spécialité qui vous concerne : Digestif Gynécologie Ophtalmologie
 ORL Orthopédie Vasculaire
 Viscéral Urologie Autre

Votre arrivée à la Polyclinique de Kério

Pour vous rendre à la clinique, vous avez utilisé :
 Transports en commun Ambulance/VSL Votre véhicule personnel Autres, préciser _____
 Les indications pour vous rendre à la clinique vous ont semblé :
 Très satisfaisantes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

Votre satisfaction concernant l'accueil

L'accueil administratif (réception, bureau des entrées, pré-admissions...) :
 Excellent Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant
 L'accueil lors de votre arrivée dans le service :
 Excellent Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant
 Les délais d'attente étaient-ils raisonnables ? Oui Non

Votre satisfaction concernant l'administration

Le déroulement des formalités d'admission : Très facile Facile Peu facile Compliqué
 La discrétion du personnel lors de votre admission :
 Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante
 L'écoute que l'on vous a accordée :
 Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante
 Avez-vous reçu le livret d'accueil de la Polyclinique de Kério ? Oui Non
 Votre avis sur les informations contenues dans le livret d'accueil :
 Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Votre satisfaction concernant l'hôtellerie

Vos relations avec le personnel hôtelier :
 Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes
 Votre chambre en termes de :

	Excellent(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Les diverses prestations (téléphone, télévision...) :
 Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes
 Votre repas en termes de :

	Excellent(e)	Satisfaisant(e)	Peu satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)
Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Prise en compte de vos éventuels régimes (sans sel, diabétique...) Oui Non

Votre satisfaction concernant vos soins

L'identification des différents membres du personnel du service :

Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Vos relations avec le personnel soignant :

Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

La prise en charge soignante :

Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Les précautions prises par le personnel pour le respect de votre intimité, vie privée, culture, croyances :

Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

L'attention humaine à votre égard :

Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Les informations sur votre prise en charge soignante :

Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

Les délais si vous avez besoin d'aide :

Excellents Satisfaisants Peu satisfaisants Insatisfaisants

Durant votre opération vous avez été opéré : Oui Non

Si OUI : Excellent(e) Satisfaisant(e) Peu satisfaisant(e) Insatisfaisant(e)

Votre transfert au bloc opératoire

L'accueil lors de votre arrivée au bloc

La rapidité de votre prise en charge

L'organisation de votre sortie :

Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Votre satisfaction concernant l'équipe médicale

L'information sur votre prise en charge médicale: Excellent(e) Satisfaisant(e) Peu satisfaisant(e) Insatisfaisant(e)

Avant l'intervention

Pendant le séjour

A la sortie

La disponibilité du corps médical :

Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

La prise en charge médicale :

Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Votre satisfaction sur l'ensemble du séjour

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre séjour au sein de notre établissement :

Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Pourquoi avez-vous choisi la Polyclinique de Kério ?

Recommanderiez-vous la Polyclinique de Kério ? Oui Non

Commentaires et suggestions

L'ensemble du personnel de la Polyclinique de Kério vous remercie pour votre contribution à notre démarche d'amélioration de la qualité de notre prise en charge.