



QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Soucieux d'améliorer nos prestations et vos conditions de séjour au sein de notre établissement, l'ensemble du personnel, les médecins et la direction vous sont reconnaissants de remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions de le remettre avant votre départ au personnel du service qui vous accueille ou à nous retourner par courrier (POLYCLINIQUE DE KERIO – Kério – 56920 NOYAL-PONTIVY).

Votre numéro de chambre :

Date :

Nom du praticien dans la clinique :

très satisfaisant

satisfaisant

peu satisfaisant

pas du tout satisfaisant

VOTRE ARRIVEE



- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Qualité de l'accueil téléphonique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Clarté des informations reçues pour préparer votre Séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Amabilité et écoute du personnel de l'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Délai d'attente à l'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LES SOINS



- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Clarté des informations fournies par les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponibilité et écoute de l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Respect de votre intimité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Confidentialité des données échangées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Efficacité de la prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Informations reçues sur les traitements pris pendant le séjour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aide apportée pour réaliser les gestes du quotidien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez été opéré :

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Prise en charge par le brancardier lors des transferts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Accueil et attention du personnel au bloc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Temps d'attente au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

tournez s'il vous plait

VOTRE SEJOUR



- Calme dans le service
- Confort de votre chambre et son équipement
(lit, fauteuil, température, éclairage, volets, etc...)
- Propreté de votre chambre
- Qualité de la collation (qualité des produits)
- Quantités servies
- Prestations annexes (self, distributeurs, etc...)

VOTRE DEPART



- Explications fournies concernant votre sortie (heures de sortie, documents remis : ordonnances, arrêt de travail, bon de transport...)
- Respect de l'horaire de sortie annoncé

VOTRE APPRECIATION GENERALE DU SEJOUR

SI VOUS DEVIEZ NOUS DONNER UNE NOTE (entourer votre note)

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



je ne recommande pas



sans opinion



je recommande

COMMENTAIRES & SUGGESTIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous avez des demandes particulières à formuler et si vous souhaitez une réponse individualisée, merci de nous indiquer vos coordonnées :

Nom et Prénom	Adresse complète
---------------	------------------

Toute l'équipe de la Polyclinique de Kério vous souhaite un prompt rétablissement