

## 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 déposer le jour de votre départ, dans la boîte aux lettres lors de votre passage **au bureau des sorties**.

Votre numéro de chambre : .....

Date d'hospitalisation/ Date de sortie : ..... Nombre de nuits : .....

Type de chambre :  Double  Individuelle  Privilège

Votre hospitalisation :  Hospitalisation programmée  En urgence

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



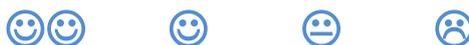
- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Clarté des informations fournies par les médecins              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponibilité et écoute de l'équipe soignante de jour          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponibilité et écoute de l'équipe soignante de nuit          | <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 le jour  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Calme dans le service la nuit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Confort de votre chambre et son équipement<br><i>(lit, fauteuil, température, éclairage, volets, etc...)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Propreté de votre chambre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Qualité de vos repas <i>(qualité des produits)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Quantités servies  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prestations annexes (self, distributeurs, etc...)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## VOTRE DEPART



- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Explications fournies concernant votre sortie (heure de sortie, documents remis : ordonnances, arrêt de travail, bon de transport...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Respect de l'horaire de sortie annoncé  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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