

Afin de poursuivre notre dynamique d'amélioration, nous vous remercions de prendre quelques instants pour compléter ce questionnaire. Les informations transmises seront traitées à des fins statistiques et resteront confidentielles.

**QUALITÉ DE L'ACCUEIL**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
L'accueil réservé par l'hôtesse, pour vous et vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil réservé par l'équipe soignante dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil réservé par l'équipe soignante du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUALITÉ DES SOINS - RELATIONNEL - INFORMATION**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
La qualité des soins dans leur ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente avant votre installation dans la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente avant votre intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attente avant votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les explications données par votre médecin sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HÔTELLERIE**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SATISFACTION GÉNÉRALE**

Quelle est votre opinion globale sur votre séjour dans notre établissement ?

Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

Recommanderiez-vous la Clinique à votre entourage ?

Très probable  Probable  Peu probable  Improbable

**MIEUX VOUS CONNAITRE**

Date de séjour : \_\_\_\_\_ Médecin responsable de votre séjour : \_\_\_\_\_

Vos Nom et Prénom (facultatif) : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

**REMARQUES OU SUGGESTIONS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et vous souhaitons un prompt rétablissement.

