

➔ Questionnaire de satisfaction

➤ VOTRE POINT DE VUE

La Direction du Groupe Hospitalier Saint-Vincent, l'ensemble des acteurs de soin vous sollicitent pour remplir ce questionnaire afin de nous permettre de connaître votre niveau de satisfaction et votre avis sur votre séjour.



Vos remarques et vos suggestions nous permettront d'améliorer encore la qualité des soins et les prestations afin de mieux satisfaire les patients hospitalisés dans notre établissement. Merci d'avance pour le temps que vous y consacrez.

Une fois le questionnaire rempli, nous vous remercions de le remettre soit au cadre de santé du service, soit au standard, soit au service des admissions, soit de le mettre dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet dans les services ou dans le hall d'accueil. Vous pouvez aussi l'adresser par la Poste au Directeur du Groupe Hospitalier Saint-Vincent, 29 rue du Faubourg National, 67083 STRASBOURG CEDEX.

➤ Votre appréciation globale du séjour

			
EXCELLENTE	BONNE	PASSABLE	INSUFFISANTE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➤ L'ACCUEIL

			
EXCELLENT	BON	PASSABLE	INSUFFISANT

L'accueil téléphonique des admissions était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accueil au bureau des admissions était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accueil aux consultations externes était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accueil au service de soins était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous êtes arrivé(e) en urgence, l'accueil était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accueil de votre famille et de vos proches était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fléchage de la clinique était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fléchage dans les services de soins était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		OUI		NON
Les délais d'attente sont-ils satisfaisants ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous facilement obtenu une chambre seule, si vous le souhaitiez ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous pu identifier vos interlocuteurs (médecins, infirmiers, aides-soignants...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➤ LA QUALITE DES SOINS

Avez-vous eu confiance dans la qualité des soins médicaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous eu confiance dans la qualité des soins infirmiers ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pourquoi :

	TOUJOURS	SOUVENT	PARFOIS	JAMAIS
Avez-vous bénéficié de suffisamment de respect, d'attention ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les équipes étaient-elles à votre écoute ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous avez souhaité que l'on soulage votre douleur, votre demande a-t-elle été prise en compte par les médecins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous avez souhaité que l'on soulage votre douleur, votre demande a-t-elle été prise en compte par les soignants ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-elle été traitée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A-t-elle été soulagée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		OUI		NON
Y a-t-il eu un suivi, une évaluation de l'intensité de la douleur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LES INFORMATIONS ETAIENT-ELLES... ?

	EXCELLENTE	BONNES	PASSABLES	INSUFFISANTES
Sur le déroulement de l'hospitalisation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur les différents examens et leurs résultats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur le diagnostic et les motifs d'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur votre traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur le déroulement de votre sortie, votre retour à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ces informations étaient-elles claires ?		OUI		NON

Pourquoi :

L'ENVIRONNEMENT

	EXCELLENT	BON	PASSABLE	INSUFFISANT
L'aménagement (WC, placards, téléphone, télévision...) de votre chambre était-il ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La propreté de votre chambre était-elle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les prestations annexes (salle de détente, présence de bénévoles, coiffeur, esthéticienne...) vous semblent-elles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LES REPAS

Etaient-ils en quantité ? COPIeux SUFFISANTS INSUFFISANTS

	EXCELLENT	BON	PASSABLE	INSUFFISANT
La qualité des repas était-elle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La présentation des repas était-elle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les horaires des repas vous ont-ils convenus ?		OUI	NON	
Avez-vous des suggestions ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Pourquoi :

• Reviendrez-vous dans cette clinique, en cas de besoin ?

OUI NON Pourquoi ?.....

• Avez-vous déjà recommandé notre clinique ?

OUI NON Pourquoi ?.....

• Pourriez-vous le faire ?

OUI NON Pourquoi ?.....

• Comment avez-vous connu notre établissement ?

par votre médecin par un article dans la presse

par recommandation par l'annuaire téléphonique

Autres ? :

Veillez formuler vos remarques et suggestions :

.....

.....

.....

INFORMATIONS

HOMME FEMME VOTRE AGE

Cliniques : Ste Anne Ste Barbe Bethesda
 St Luc Toussaint

Service dans lequel vous avez séjourné :

Hospitalisation programmée : OUI NON

Arrivée en urgence : OUI NON > DATE :

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION :

Moins de 24h De 2 à 5 jours
 De 6 à 15 jours plus de 15 jours

FACULTATIF > Vos noms et prénoms :

.....

.....