

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame, Monsieur,


























Nous vous demandons avant votre départ de consacrer un instant à ce questionnaire de satisfaction. La clinique de Saumery, dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité, souhaite évaluer la satisfaction des patients qu'elle accueille et savoir si la manière d'être, d'agir et de dire des professionnels a répondu à vos besoins et à vos demandes.

Les questionnaires de satisfaction seront analysés au sein de la Commission des Usagers (CDU)

Date : Unité : Adulte USIS HDJ HDN

Âge : Sexe : Homme Femme

 Pas du tout satisfait  Plutôt pas satisfait  Plutôt satisfait  Tout à fait satisfait  Non concerné

					
L'ACCUEIL					
LE DÉLAI D'ATTENTE POUR VOTRE PRISE EN CHARGE					
L'ACCUEIL AU BUREAU DES ADMISSIONS					
L'ACCUEIL DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE					
VIE INSTITUTIONNELLE					
L'ACCUEIL AU CLUB					
INFORMATIONS SUR LA VIE INSTITUTIONNELLE					
ATELIERS PROPOSÉS					
RESTAURATION					
QUALITÉ DES REPAS SERVIS					
HORAIRES DES REPAS					
LOCAUX					
PROPRETÉ DE LA CHAMBRE/LOCAUX					
CONFORT DE LA CHAMBRE/LOCAUX					
EQUIPEMENT DES CHAMBRES/LOCAUX					
PERSONNEL SOIGNANT					
ACCUEILLANT					
ATTENTIF					
A L'ÉCOUTE					
DISPONIBLE					
RESPECTUEUX					
RÉCONFORTANT					

VOS SOINS								
INFORMATIONS COMMUNIQUÉES SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ET VOS SOINS								
INFORMATIONS COMMUNIQUÉES SUR VOTRE TRAITEMENT								
CLARTÉ DES INFORMATIONS COMMUNIQUÉES								
RESPECT DE VOTRE INTIMITÉ								
RESPECT DE VOTRE DIGNITÉ								
RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ								
PARTICIPATION À VOTRE PROJET THÉRAPEUTIQUE								
COMMENT JUGEZ-VOUS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PSYCHIQUE ?								
COMMENT JUGEZ-VOUS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PHYSIQUE ?								
DISPOSITIF SOPHOCLE								
AVEZ-VOUS BÉNÉFICIÉ DU DISPOSITIF SOPHOCLE ? OUI / NON OUI				OUI	NON			
SI OUI, COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS CE DISPOSITIF ? DE 1 À 10				VOTRE NOTE :				
REMARQUES ET SUGGESTIONS D'AMÉLIORATION								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
SORTIE								
INFORMATIONS COMMUNIQUÉES SUR VOTRE SORTIE								
VOTRE APPRÉCIATION GÉNÉRALE SUR VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE DE 1 À 10				VOTRE NOTE :				

Merci d'apporter vos remarques ou suggestions d'amélioration sur l'ensemble de votre séjour

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

