

Votre intervention :.....
Date :.....
Chirurgien :.....
Chambre.....

AMBULATOIRE

QUESTIONNAIRE DE QUALITE (Version 1.1) 2016

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Soucieux d'améliorer la qualité des prestations délivrées, nous souhaitons connaître votre avis sur le déroulement de votre séjour, **nous vous remercions par avance de bien vouloir consacrer quelques minutes pour remplir ce questionnaire qui est essentiel pour progresser tant dans le domaine des soins que dans celui de l'hôtellerie.**

Ce questionnaire est confidentiel, nous vous prions de bien vouloir le remettre dans la boîte destinée à cette fin à l'accueil de la Clinique lors de votre sortie.

ADMISSION :

Comment avez vous été orienté vers la clinique Rémusat ?

- Par votre médecin traitant Par un praticien travaillant à la clinique
 Par de la famille ou des amis Par un établissement extérieur (transfert)

Êtes-vous rentré dans le cadre d'une urgence ? Oui Non

Combien de temps avez-vous attendu aux admissions (avant que l'on s'occupe de vous)

- Accueil immédiat Entre 5 et 15 minutes Plus de 15 minutes

Avez-vous reçu le livret d'accueil de la Clinique Rémusat ?

- Oui Non Je ne sais pas

L'attention du personnel d'accueil (écoute, gentillesse, disponibilité) était ?

- Excellente Bonne Insuffisante Mauvaise

LE BLOC OPERATOIRE :

Pour chacun de ces critères, la qualité a-t-elle été ?

	Excellente	Bonne	Insuffisante	Mauvaise	Sans objet
Transfert au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information par le médecin (Chirurgien et/ou anesthésiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au total, votre souvenir du passage au Bloc est-il ?

- Très satisfaisant Satisfaisant Insuffisant Mauvais

LES SOINS :

Pour chacun de ces critères, la qualité a-t-elle été ?

	Excellente	Bonne	Insuffisant	Mauvaise	Sans objet
L'attention du personnel soignant (Accueil, écoute, gentillesse, disponibilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur la pathologie et les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'intimité et de la pudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'ensemble, les soins reçus étaient :

- Très satisfaisants Satisfaisants Insuffisants Mauvais

Retournez SVP

L'hôtellerie :

Pour chacun de ces critères, la qualité a-t-elle été ?

	Excellente	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté sanitaires/douches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Étiez-vous gêné par le bruit ?

Non Oui, par le bruit extérieur
(Rue, voitures, travaux voie publique) Oui, par le bruit intérieur
(Couloir, personnel, téléphone, autres personnes)

Étiez-vous satisfait de la température de votre chambre ?

Oui Non, trop chaude Non, Trop froide Non, Temp. Irrégulière

La restauration

Pour chacun de ces critères, la qualité a-t-elle été ?

	Excellente	Bonne	Insuffisante	Mauvaise	Sans objet
Collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diligence du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En conclusion : Date de sortie :

Par rapport à votre séjour à la Clinique Rémusat êtes-vous :

Très satisfait Satisfait Mécontent Très Mécontent

Recommanderiez-vous la Clinique Rémusat à vos proches ?

Oui Non

Si non, pour quoi ?

.....
.....
.....

Comment pourrions-nous améliorer nos prestations ?

.....
.....
.....

Pour mieux vous comprendre: la personne qui a rempli ce questionnaire est :

Le patient lui-même Un proche
 Le patient avec l'aide d'un proche Autre

Nom : Prénom : Age :

En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous avez porté à ce questionnaire, l'équipe de la Clinique Rémusat vous souhaite un complet rétablissement.

RESERVE AU SERVICE QUALITE

Traité par :Le.....Service concerné :
Actions d'amélioration :