

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

## HOSPITALISATION

### QUESTIONNAIRE DE QUALITE (Version 3.1) - 2016

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 : Date d'entrée : .....**

#### Comment avez vous été orienté vers la Clinique Rémusat ?

- Par votre médecin traitant                       Par un praticien travaillant à la clinique  
 Par 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 chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information par l'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	Insuffisante	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"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoire	<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	Sans Objet
Propreté	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Literie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<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 :

Quelle est votre appréciation sur la restauration:

	Excellente	Bonne	Insuffisante	Mauvaise	Sans objet
Présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<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"/>

si votre séjour est supérieur à 48h, vous a-t-on proposé la carte des repas ?

Oui       Non

Si oui, votre choix a-t-il été respecté ?

Oui       Non

## En conclusion :

Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée ?

Excellente       Bonne       Insuffisante       Mauvaise

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, pourquoi ?.....  
.....

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 :