



Questionnaire de satisfaction du patient

Madame, Monsieur,

Votre opinion nous intéresse. Pour nous aider à améliorer la qualité de nos prestations, nous vous remercions de bien vouloir renseigner ce questionnaire et le déposer dans l'urne située au rez-de-chaussée à l'accueil, ou de le retourner à l'attention de la Direction, au 166 rue de l'Université 75007 Paris ou sur www.clinique-alma.com

Votre séjour : Ambulatoire Hospitalisation

Date : / / Durée d'hospitalisation : Jour(s) Etage : N° Chambre :

Votre service : Radiologie Endoscopie Chirurgie





Lors de la consultation médicale / pré anesthésie:

Vous avez reçu une information bénéfique/risque : OUI NON





Votre consentement a été recueilli : OUI NON

Vous avez été informé des frais d'intervention : OUI NON

1. Le standard téléphonique





Comment jugez-vous ?				
	Très bien	Bien	Passable	Mauvais
Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos suggestions :				
.....				

2. Votre admission à la Clinique

Comment jugez-vous ?				
	Très bien	Bien	Passable	Mauvais
Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'amabilité de l'hôtesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations transmises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Remise du livret d'accueil	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
→ Remise de la charte du patient hospitalisé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		





Vos suggestions :
.....
.....

3. Les services de soins

Comment jugez-vous ?	 Très bien	 Bien	 Passable	 Mauvais
L'accueil et l'amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation et l'identification du personnel	<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'attention du brancardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalisation interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Vos suggestions :
.....
.....

4. Les soins

Comment jugez-vous ?	 Très bien	 Bien	 Passable	 Mauvais
La qualité des soins				
- de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité du personnel				
- de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par				
- l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de vos besoins diététiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos suggestions :
.....
.....
.....

5. Les prestations hôtelières

Comment jugez-vous ?	 Très bien	 Bien	 Passable	 Mauvais	X Non concerné
La chambre / votre installation					
- le mobilier et l'agencement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La restauration (repas et collation)					
- la quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le goût des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la température des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Vos suggestions :

.....

.....

.....

6. L'acte médical

Comment jugez-vous ?	 Très bien	 Bien	 Passable	 Mauvais
L'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil en salle d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous satisfaits de votre intervention ? OUI NON

Vos suggestions :

.....

.....

.....

7. La sortie

Comment jugez-vous ?

L'information sur les formalités

Le délai d'attente



Très bien



Bien



Passable



Mauvais

Vos suggestions :

8. L'appréciation globale

Quelle est votre opinion sur la Clinique

→ Recommanderiez-vous la Clinique de l'Alma ?

→ Pourquoi avez-vous choisi la Clinique de l'Alma ?

Renommée

Habitude

Médecin

Recommandation d'un proche / d'un ami

Autres Précisez :

Vos suggestions (vous ou votre entourage) :

9. Mieux vous connaître

Vous êtes : Un homme Une femme

Votre âge :

Si vous acceptez d'être contacté, merci d'inscrire :

Nom :

Adresse :

.....

Prénom :

Téléphone :

Email :

