



## QUESTIONNAIRE DE SORTIE

1. Date de sortie .....
2. Service d'hospitalisation .....
3. Nom et prénom (facultatif) .....
4. Adresse (facultatif) .....

### ACCUEIL À LA CLINIQUE

Avez-vous été satisfait par

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. L'amabilité du personnel d'accueil                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La rapidité des formalités d'admission                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La qualité des informations données                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Les conditions d'attente                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. L'accessibilité des locaux pour les personnes handicapées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### LES SOINS

- |   | Très satisfait           | Plutôt satisfait         | Pas satisfait            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Accueil par le personnel des soins            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Accueil et prise en charge au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Amabilité du personnel soignant de jour       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Amabilité du personnel soignant de nuit       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Disponibilité du personnel de jour            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Disponibilité du personnel de nuit            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Délai de réponses aux sonnettes               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Prise en charge de la douleur                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Information sur l'état de santé               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Respect de votre dignité et votre intimité    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Prise en charge lors du brancardage           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Délai d'attente avant votre transfert au bloc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### SUIVI PAR LE MÉDECIN

Avez-vous été satisfait par

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 22. Les explications apportées sur votre état de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. La qualité des soins prodigués                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Le souci apporté pour apaiser la douleur           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Le respect de votre intimité                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. L'information sur votre traitement                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## QUESTIONNAIRE DE SORTIE

### L'HÔTELLERIE

Votre chambre, l'avez-vous trouvée ?

27. Propre

28. Confortable

29. Calme la nuit

30. Calme le jour

31. Le personnel de ménage était-il aimable ?

OUI

NON

Vos repas vous ont-ils donné satisfaction ?

32. En qualité

33. En quantité

34. Servis à bonne température

35. Diversité des plats servis

36. Horaire de distribution des repas

OUI

NON

### VOTRE SORTIE

Avez-vous été satisfait par

37. L'organisation et la rapidité de votre sortie

38. L'information sur votre prise en charge et votre suivi médical

OUI

NON

### OBSERVATIONS - SUGGESTIONS

39. Quel est le point qui vous a le plus satisfait durant votre séjour ?

.....

40. Quel est le point qui vous a le moins satisfait durant votre séjour ?

.....

41. Remarques/suggestions éventuelles :

.....

42. Pourquoi avez-vous choisi la clinique Paul Picquet ? (plusieurs réponses possibles)

Médecin y exerçant

Avis de votre médecin traitant

Conseil de l'entourage

Proximité géographique

Arrivée en urgences

Réputation de l'établissement

Séjour antérieur dans l'établissement

Autre (précisez).....

43. Notez votre satisfaction de 1 à 20

Ce questionnaire est à laisser au bureau des entrées ou à faire parvenir à

CLINIQUE PAUL PICQUET  
Monsieur le Directeur  
12 rue Pierre Castets  
89100 SENS

