

Questionnaire

faisons le point ensemble

QUEL EST
VOTRE AVIS SUR :



insuffisant



peu
satisfaisant



satisfaisant



excellent

1 - L'ACCUEIL

Quelle est votre appréciation quant aux formalités d'accueil et d'admission lors de votre arrivée ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Quelle est votre appréciation quant à la durée de l'attente entre votre arrivée au secrétariat et l'installation dans votre chambre ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2 - LE PERSONNEL ADMINISTRATIF

Quelle est votre appréciation sur les prestations du personnel administratif :

• amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a su répondre à vos attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 - LES HORAIRES DE VISITE

Sont-ils bien adaptés ?

oui non

4 - VOTRE CHAMBRE

Quelle est votre appréciation sur :

• le confort	<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"/>
• le calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - LES REPAS

Comment jugez-vous globalement le service restauration ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6 - LES PRESTATIONS, INFORMATIONS MÉDICALES

• la qualité des prestations médicales dont vous avez bénéficié vous a semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vos relations avec les médecins vous ont semblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• comment jugez-vous la prise en charge :				
– au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– en salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– en salle de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• les soins (qualité, relations) vous ont semblé :				
– le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• les informations données vous ont paru claires et précises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 - LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

• elle vous a paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

