

Questionnaire

faisons le point ensemble

Questionnaire à retourner à :

*Polyclinique de Franche-Comté - A l'attention de M^{me} la Directrice
4 rue Auguste Rodin - CS 62222 - 25052 Besançon cedex 5*

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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Entrée le matin en chirurgie, quelle est votre appréciation :

- quant à la durée de l'attente en box avant votre intervention ?
- quant à votre transfert au bloc opératoire à pied ?

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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
- la propreté
- le calme

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

• les informations données vous ont paru claires et précises

<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
- en salle de réveil
- en salle de naissance

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

• les soins (qualité, sécurité) vous ont semblé :

- le jour
- la nuit

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

• vos relations avec le personnel soignant vous ont semblé :

- le jour
- la nuit

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

• le respect de votre intimité vous a semblé

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

• le respect de la confidentialité vous a semblé

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

QUEL EST
VOTRE AVIS SUR :



insuffisant



peu
satisfaisant



satisfaisant



excellent

7- LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Comment jugez-vous les informations données sur
votre traitement ?

8- LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

• elle vous a paru

9 - LIVRET D'ACCUEIL

Quelle est votre appréciation sur les informations contenues
dans celui-ci ?

10 - APPRÉCIATION D'ENSEMBLE

Comment jugez-vous l'ensemble des prestations ?

Auriez-vous des remarques, ou des suggestions à formuler ? Merci d'avance !

Séjour du au

Quel était votre secteur d'hospitalisation ?

Maternité

Chirurgie vasculaire

Chirurgie gynécologique

Chirurgie proctologique

Chirurgie viscérale

Chirurgie orthopédique

Chirurgie ophtalmologique

Chirurgie plastique et esthétique

Chirurgie urologique

Votre âge

moins de 15 ans

16 - 30 ans

31 - 45 ans

46 - 60 ans

61 ans et plus

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

A,

LE.....

signature

Ce questionnaire est destiné à contribuer à l'amélioration permanente du service apporté à nos patients. Seule une analyse statistique en est tirée et dans ce cadre, aucune saisie informatique à caractère personnel n'est effectuée.