

# ENQUETE DE SATISFACTION HOPITAL DE JOUR



**Votre avis est précieux !** Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

## 1 LE SERVICE D'ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>				
Informations et explications transmises par la réception sur votre séjour	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

---

## 2 LES SOINS INFIRMIERS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Qualité de l'accueil	<input type="checkbox"/>				
Présentation des locaux	<input type="checkbox"/>				
Attention humaine et disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>				
Soins contre la douleur	<input type="checkbox"/>				
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				
Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>				
Informations transmises à votre famille	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

---

## 3 LES SOINS MEDICAUX

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Informations données sur le projet thérapeutique	<input type="checkbox"/>				
Disponibilité	<input type="checkbox"/>				
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

---

## 4 LE SERVICE HOTELIER

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Aspect et confort des locaux	<input type="checkbox"/>				
Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				
Calme de l'environnement	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

---



## 5 LES SOINS THERAPEUTIQUES

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Séances d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>				
Accompagnement psychologue	<input type="checkbox"/>				
Séances psychomotricienne	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge sociale (ne pas répondre si non concerné(e))	<input type="checkbox"/>				
Bénéfice et amélioration ressentis	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

## 6 LA RESTAURATION

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Qualité gustative des plats	<input type="checkbox"/>				
Présentation des plats	<input type="checkbox"/>				
Variété des menus	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge diététicienne (ne pas répondre si non concerné(e))	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

## 7 L'ORGANISATION GENERALE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Planning des journées	<input type="checkbox"/>				
Enchaînement des intervenants	<input type="checkbox"/>				
Temps de repos	<input type="checkbox"/>				
Variété des activités	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

## 8 LA SORTIE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>				
Informations données sur le traitement à suivre (consignes et médicaments)	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

## OPTIONS - RECOMMANDATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Globalement vous êtes :	<input type="checkbox"/>				

## REMARQUES

Recommanderiez-vous la clinique ?

OUI  NON

Si non, pourquoi :

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de tél. :

