

AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT DES REPAS SERVIS ?					Non Concerné	Commentaires
	Très satisfaisant	Satisfaisant	A améliorer	Insuffisant		
Présentation ?						
Qualité ?						
Quantité ?						
Variété ?						
Température ?						
Goûts et habitudes alimentaires ?						
Horaires ?						
Autres (précisez) : .....						

<b>REVIENDRIEZ-VOUS DANS CETTE CLINIQUE EN CAS DE BESOIN ?</b>	Oui	Non
--	-----	-----

Pourquoi ?

<b>AVEZ-VOUS DEJA RECOMMANDE NOTRE CLINIQUE ?</b>	Oui	Non
---	-----	-----

Pourquoi ?

<b>POURRIEZ-VOUS LE FAIRE ?</b>	Oui	Non
---------------------------------	-----	-----

Pourquoi ?

**COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE ETABLISSEMENT ?**

par votre médecin       par un article dans la presse  
 par recommandation       par l'annuaire téléphonique  
 autres (précisez) :

Votre appréciation globale du séjour :

Commentaires particuliers ou suggestions d'amélioration :

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION**

Nous vous invitons à remettre ce document soit au personnel du service, à l'accueil, au service des admissions, ou à le retourner au service qualité : Groupe Hospitalier Saint-Vincent, 29 rue du Faubourg National, 67083 STRASBOURG CEDEX



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT

Réf. : ADMI-QUA-satisfaction-EF-GH  
 N° article : 1000 168  
 Validation : CRUQ septembre 2013  
 Modifié : Mars 2017

*Nous vous sollicitons pour remplir ce questionnaire. Les réponses obtenues, vos suggestions et vos remarques nous permettront d'améliorer la qualité des soins et nos prestations. Merci d'avance pour le temps que vous y consacrerez*

Clinique Sainte Anne       Clinique Sainte Barbe       Clinique Saint Luc       Clinique Toussaint   
 Hospitalisation A Domicile Pays Bruche Mossig Piémont       EHPAD Maison de retraite du Parc   
 EHPAD Clinique Saint Luc       EHPAD Clinique Toussaint

DATE D'ENTREE :  
 .....  
 SERVICE D'HOSPITALISATION.....  
 NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION :.....  
 SEXE : HOMME       FEMME       AGE : .....  
 NOM (FACULTATIF) :  
 .....

**VOTRE APPRECIATION GLOBALE**

Très satisfaisant       Satisfaisant       A améliorer       Insuffisant

<b>AVEZ-VOUS RECU LE LIVRET D'ACCUEIL ?</b>	Oui	Non
---	-----	-----

Commentaires :

ETES-VOUS SATISFAIT DE L'ACCUEIL QUE VOUS AVEZ REÇU ?					Non concerné	Commentaires
Par téléphone au standard ?						
Par téléphone aux admissions ?						
Par le personnel du standard ?						
Par le personnel des admissions ?						
Aux consultations externes ?						
Aux services de soins ?						

<b>SI VOUS ETES ARRIVE EN URGENCE, L'ACCUEIL ETAIT-IL ?</b>					Non concerné
---	--	--	--	--	--------------

Commentaires :

<b>L'ACCUEIL DE VOTRE FAMILLE ET DE VOS PROCHES ETAIT-IL ?</b>					Non concerné
--	--	--	--	--	--------------

Commentaires :

<b>AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT DU FLECHAGE ?</b>					<b>Commentaires</b>
	Très satisfaisant	Satisfaisant	A améliorer	Insuffisant	
De la clinique ?					
Dans les services de soins ?					

<b>LES DELAIS D'ATTENTE VOUS ONT PARU ?</b>					<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>					

<b>AVEZ-VOUS FACILEMENT OBTENU UNE CHAMBRE SEULE, SI VOUS LE SOUHAITIEZ ?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>			

<b>AVEZ-VOUS PU IDENTIFIER VOS INTERLOCUTEURS ?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>			

<b>AVEZ-VOUS EU CONFIANCE DANS :</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
↪ La prise en charge médicale ?			
↪ La qualité des soins ?			

<b>AVEZ-VOUS BENEFICIE DE SUFFISAMMENT DE RESPECT ET D'ATTENTION ?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>			

<b>VOTRE INTIMITE A-T-ELLE ETE RESPECTEE ?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>			

<b>VOTRE SITUATION A-T-ELLE ETE TRAITEE DE FACON CONFIDENTIELLE ?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>			

<b>L'ECOUTE DES EQUIPES VOUS A PARU ?</b>					<b>Commentaires</b>
	Très satisfaisant	Satisfaisant	A améliorer	Insuffisant	
<b>Commentaires :</b>					

<b>VOTRE DOULEUR A-T-ELLE ETE ENTENDUE ?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
Par les médecins ?			
Par les soignants ?			
A-t-elle été soulagée ?			
A-t-elle été suivie ?			

<b>AVEZ-VOUS ETE BIEN INFORME LORS DE VOTRE HOSPITALISATION ?</b>					<b>Commentaires</b>
Sur son déroulement ?					
Sur le diagnostic et les motifs ?					
Sur les examens divers à effectuer et leurs résultats ?					
Sur le traitement à suivre ?					
Sur votre sortie, votre retour à domicile ?					

<b>AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT DU CONFORT DE VOTRE CHAMBRE ?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>			

<b>AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT DES PRESTATIONS ANNEXES (TV, TELEPHONE, COIFFEUR...)?</b>	Oui	Non	<b>Commentaires</b>
<b>Commentaires :</b>			

<b>AVEZ-VOUS ETE SATISFAIT ?</b>					<b>Commentaires</b>
Des visiteurs de malades ?					
De l'aumônerie ?					
Des bénévoles ?					