





## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Améliorer votre prise en charge, mieux répondre à vos attentes, tels sont les objectifs des professionnels de la Clinique du Grand Avignon. C'est pourquoi, **votre avis nous intéresse.**





Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques instants à ce questionnaire et de le remettre à l'accueil lors de votre sortie.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Très peu satisfaisant
				
<b><u>VOTRE ACCUEIL</u></b>				
- Accueil du service Administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accueil dans le service de Soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accueil au Bloc Opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>VOS SOINS</u></b>				
- Qualité de la prise en charge par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité de la relation (disponibilité et écoute)				
. avec les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. avec les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR</u></b>				
	<b>SI NON CONCERNE</b> <input type="checkbox"/>			
- Avez-vous pu parler avec l'équipe de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un traitement vous a-t-il été Administré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le soulagement de votre douleur a-t-il été....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>L'INFORMATION</u></b>				
- Informations données à l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations données par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations données par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations données à votre entourage (notion de prise en charge en ambulatoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations sur votre sortie (concernant les consignes postopératoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Très peu satisfaisant
				
<b>VOTRE SEJOUR</b>				
<b>Votre chambre</b>				
- Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre collation</b>				
- Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre tenue</b>				
- Le confort de votre tenue vous a-t-il paru satisfaisant	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
- La composition de votre tenue vous a-t-elle satisfait	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		

<b>APPRECIATION GLOBALE SUR VOTRE SEJOUR</b>				
Vous pouvez qualifier votre séjour de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous le CCA à vos proches ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Si non, pourquoi ?				

<b>OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :</b>

**Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses à notre volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers de la Clinique du Grand Avignon.**