

*Nous sommes très attachés à la qualité des prestations (accueil, disponibilité, écoute, soins, séjour, information...) que nous vous proposons. Afin de nous permettre de les améliorer en permanence, nous prendrons en compte les observations que vous voudrez bien mentionner sur le questionnaire ci-dessous.*

Nom (facultatif) : .....

Date : ..... Heure : .....

Merci d'indiquer une note de 1 à 4 : **1** Pas du tout satisfait **2** Peu satisfait **3** Satisfait **4** Très satisfait **SO** Sans opinion

<b>ACCUEIL - RECEPTION</b>	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Sans opinion	<b>PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN</b>	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Sans opinion		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>SO</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>SO</b>		
• Accueil par les secrétaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Disponibilité et écoute des médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
• Informations transmises par les secrétaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Soins dispensés par le médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<u>Observations :</u>						• Informations transmises par le médecin sur votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
						• Respect de la confidentialité et de votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
						<u>Observations :</u>							
<b>PRISE EN CHARGE PAR LE PERSONNEL SOIGNANT</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>SO</b>	<b>LES LOCAUX</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>SO</b>		
• Accueil et prise en charge par l'infirmière en salle d'attente ? (entre 11h et 21h30)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Hygiène et propreté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
• Délai de prise en charge par l'équipe soignante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Equipement, confort des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
• Soins dispensés par le personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>Observations :</u>							
• Informations transmises par le personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
• L'information donnée à votre entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Merci d'indiquer une note globale de satisfaction (sur 4)</b>							
• Respect de la confidentialité et de votre intimité lors des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; text-align: center; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td><b>4</b></td></tr> </table>		<b>4</b>					
<b>4</b>													
• Prise en charge de votre douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
<u>Observations :</u>													
						<i>Les praticiens et l'ensemble du personnel de la Clinique des Cèdres vous remercient de votre confiance et vous souhaitent un excellent rétablissement</i>							
						<b>VEUILLEZ DEPOSER CE QUESTIONNAIRE AU SECRETARIAT DES URGENCES, AU MOMENT DE VOTRE DEPART</b>							