

# Votre séjour à la Clinique Ste Elisabeth

## Questionnaire de satisfaction

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) et nous espérons que vous êtes satisfait(e) de la qualité des soins et de l'accueil qui vous a été réservé.

Vous pouvez en répondant au questionnaire ci-dessous, nous aider à améliorer nos prestations, nous vous en remercions par avance.

### ACCUEIL

Êtes-vous satisfait :

DE L'ACCUEIL

DU BUREAU DES SEJOURS  
(Admission et Sortie)

DU SERVICE DE SOINS

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

### LES SOINS

Êtes-vous satisfait de la qualité des soins que vous avez reçus de la part :

DES MEDECINS

DU PERSONNEL SOIGNANT

OUI

NON

OUI

NON

### L'INFORMATION MÉDICALE

Avez-vous reçu une information médicale ?

OUI

NON

Cette information était-elle

claire

OUI

NON

suffisante

OUI

NON

### TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Avez-vous reçu un traitement contre la douleur ? OUI  NON  NE SAIT PAS

Ce traitement vous a-t-il soulagé ? : OUI  NON  NE SAIT PAS

### INTIMITE

Estimez-vous que votre intimité et votre dignité ont été respectées ? OUI  NON

### LES AUTRES SERVICES

Êtes-vous satisfait de vos relations avec :

	OUI	NON
La diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Les psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipe d'entretien ménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CONFORT/ HYGIENE

**Votre chambre vous a-t-elle parue :**

Propre OUI  NON

Confortable OUI  NON

Calme OUI  NON

Bien équipée OUI  NON

Commentaires : .....

**Etes-vous satisfait de l'hygiène et de la propreté de la Clinique ?** OUI  NON

**Etes-vous satisfait des interventions des ouvriers d'entretien ?** OUI  NON

## REPAS

**QUALITE**

**QUANTITE**

**PRESENTATION**

Très bonne

Abondante

Très bonne

Bonne

Suffisante

Bonne

Passable

Insuffisante

Passable

**Les heures des repas sont-elles respectées ?** OUI  NON

## LES BENEVOLES

**Vous a-t-on proposé la visite des bénévoles :** OUI  NON

**L'avez-vous acceptée ?** OUI  NON

**Leur présence vous a-t-elle été bénéfique ?** OUI  NON

Commentaires : .....

## VOTRE SEJOUR

**Les conditions de votre séjour vous ont-elles parues :**

Très satisfaisantes

Assez satisfaisantes

Satisfaisantes

Insatisfaisantes

Commentaires :

.....  
.....  
.....

**Le questionnaire a été rempli par :** Le patient  Un membre de sa famille

**Durée du séjour :** Moins de 21 jours  Entre 21 et 42 jours  Plus de 42 jours

**Service où vous avez séjourné :** Unité de Soins Palliatifs RdCh

Etat Végétatif Persistant 1<sup>er</sup> étage

Soins de Suite 2<sup>ème</sup> étage / RdCh

**Age :** **Sexe :** féminin  Masculin

**Date de remplissage du questionnaire :**

Nous vous remercions d'avoir consacré du temps à ce questionnaire qui nous sera d'une grande utilité.

**Merci de nous retourner ce questionnaire en le déposant à l'Accueil de l'Etablissement ou par courrier au 72 rue Chape, 13004 Marseille.**