








Votre avis compte ! Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge, nous vous invitons à prendre quelques minutes afin de compléter ce questionnaire. Merci pour votre participation !

- N° de la chambre (facultatif) : .....
  - Qui a rempli le questionnaire :  patient  accompagnant
  - Service :  hospitalisation  ambulatoire
- Date du séjour : .....

|  |  |  |  |  |  |
|--|---|---|---|---|---|
| ► LA PRÉPARATION DE VOTRE SÉJOUR                                   | Très Satisfait  | Satisfait   | Peu Satisfait   | Insatisfait   | Sans Opinion  |
| L'accessibilité de la Clinique (téléphone, parking, signalétique)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'amabilité du personnel administratif                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| L'attente à l'accueil de la Clinique lors de la réservation        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| La qualité des informations données par le personnel administratif | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

| ► VOTRE SÉJOUR DANS LE SERVICE                                       |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'attente lors de votre prise en charge dans le service              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'amabilité et l'écoute du personnel de service                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des informations et explications données par les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les informations reçues sur le déroulement de votre séjour           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le délai avant votre prise en charge au bloc opératoire              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en compte et le soulagement de la douleur                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les soins dispensés  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge médicamenteuse (si concerné)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le brancardage   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge au bloc opératoire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ► VOS DROITS  |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le respect de votre intimité                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le respect de la confidentialité des informations vous concernant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ► VOTRE OPINION SUR LE SERVICE HÔTELIER    |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La propreté et le confort de votre chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité des repas / de la collation     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ► VOTRE APPRÉCIATION GÉNÉRALE   |   |
|---|---|
| Votre appréciation générale concernant votre prise en charge à la Clinique du Saint-Cœur<br><i>Donnez une note de 0 (très mauvaise) à 10 (excellente)</i> | <b>/ 10</b>   |
| Seriez-vous prêt à revenir et/ou recommander notre établissement  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

**Auriez-vous des remarques et/ou suggestions à nous faire ?**



**Dans quelques semaines vous allez recevoir un questionnaire National e-Satis !**  
 Objet du mail : Campagne nationale de satisfaction patients copilotée par le Ministère chargé de la Santé et la HAS  
 Emetteur du mail : [e-Satis@atih.sante.fr](mailto:e-Satis@atih.sante.fr)  
**Pour nous aider à nous améliorer MERCI d'y Répondre !**







**Aidez-nous à faire connaître la clinique en nous laissant un avis sur Google !**

