



Votre opinion nous intéresse, merci de consacrer quelques instants à ce questionnaire

### A PROPOS DE VOUS

Date à laquelle vous êtes venu(e) :

Heure de votre arrivée :

Votre nom (facultatif) :

### SATISFACTION GENERALE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Votre opinion générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous la Clinique à vos proches		Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>

### SPECIALITE

Médecine       Nutrition       Gériatrie       Hypertension Artérielle

### ACCUEIL

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Qualité de l'accueil aux admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délais d'attente aux admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délais d'accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LOCAUX

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Confort / Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène / Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision / Wifi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme / Tranquillité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page svp



## PRISE EN CHARGE MEDICALE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Informations données sur votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité et du secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Informations données sur vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur le déroulement de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimité et bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité et du secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des différents intervenants et réalisation des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SORTIE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Informations sur les suites de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données (symptômes à surveiller, numéro de téléphone à contacter en cas de problème, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MERCI DE DONNER EN QUELQUES MOTS

Points forts :

Points à améliorer :

Nous vous invitons à déposer ce document dans la boîte aux lettres à votre disposition à la sortie du service.

Vous pouvez consulter le site internet de la Clinique Mutualiste en flashant ce QR code =>

