

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT MATERNITE

Lecture par scanner, coches autorisées :



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

A PROPOS DE VOUS

Numéro de chambre : Date de sortie

Avez-vous déjà accouché dans notre Maternité ? Oui Non

Votre nom (facultatif)

SATISFACTION GENERALE

Votre opinion générale Pas satisfaisant Peu satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant

Recommanderiez-vous la Maternité à vos proches ? Oui Non

LOCAUX / CHAMBRE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Propreté/Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort/Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision, téléphone, WIFI	<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"/>
Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCUEIL ET ADMISSION

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Contact téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation et amabilité du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenu du livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTAURATION

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Qualité (goût et présentation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect des plats choisis / Respect des régimes choisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page SVP



SALLE D'ACCOUCHEMENT, BLOC OPERATOIRE ET SALLE DE REVEIL

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accueil et prise en charge par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai avant l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la dignité / intimité / confidentialité / bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de l'anxiété et de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur l'état de santé de votre bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVICE D'HOSPITALISATION

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accueil et prise en charge par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la dignité / intimité / confidentialité / bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement à la parentalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect du rythme veille/sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NURSERIE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Informations et aide apportées par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprentissage des soins du bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNALISATION DE VOTRE ACCOUCHEMENT

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Prise en compte de votre projet de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'allaitement maternel, mise en place en salle de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attentions portées au coparent dans l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils et informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SORTIE

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations sur les suites de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination Maternité/professionnel en charge de votre suivi	<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 questionnaire dans l'une des urnes à votre disposition à la sortie du service ou dans la zone d'accueil de la Clinique.

Vous pouvez consulter le site internet de la maternité en flashant le QR code ->

