

**APPRECIATION D'ENSEMBLE  
SUR VOTRE SÉJOUR**



Commentaire.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**CLINIQUE DU MILLÉNAIRE**

*Médecine, Chirurgie*

220, boulevard Pénélope

CS 59523

34960 Montpellier Cedex 2

**0 826 888 883** Service 0,20 € /min  
+ prix appel

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■  
**Questionnaire  
d'appréciation  
du séjour en  
hospitalisation**

**Notre souci constant de qualité  
repose sur vos appréciations et vos suggestions.**

*La qualité des conditions d'accueil et de séjour dans l'établissement étant une de nos priorités, merci de nous faire part de vos impressions, critiques et suggestions. Afin que nous puissions évaluer et améliorer les prestations offertes par la Clinique du Millénaire, nous vous proposons de remplir ce questionnaire et de le déposer dans les boîtes aux lettres dédiées (en service ou au bureau des sorties).*

**Service d'hospitalisation/spécialité :**

- chirurgie cardiaque       cardiologie  
 chirurgie viscérale       urologie–neurochirurgie  
 médecine (gériatrie, pneumologie, neurologie)

**Date d'entrée** ...../...../.....      **Date de sortie** ...../...../.....  
**Âge** ..... ans      **Sexe**  homme  femme

*Les réponses à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme*

     
      
      
   
 Très satisfaisant      Satisfaisant      Peu satisfaisant      Pas du tout satisfaisant

**L'ACCUEIL**

- |   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|   |  |  |  |  |
| Écoute et amabilité du personnel des entrées/admissions   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Qualité de votre admission à la clinique                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Délai d'attente à votre admission                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Écoute et amabilité du personnel de l'accueil/du standard | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Livret d'accueil de la Clinique du Millénaire             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

**LES SOINS**

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| Qualité des soins dispensés – de jour                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Qualité des soins dispensés – de nuit                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Disponibilité et écoute du personnel soignant                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Avez-vous sollicité l'équipe soignante pour soulager votre douleur ? | <input type="checkbox"/> oui  | <input type="checkbox"/> non  |  |   |
|  |  |  |  |  |
| Prise en charge de votre douleur                                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

**INFORMATION & DROITS DU PATIENT**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   |  |  |  |  |
| Clarté des informations sur :                           |   |   |   |   |
| • les frais engagés pendant le séjour                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| • la personne de confiance et les directives anticipées | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| • votre état de santé, vos soins et traitements         |   |   |   |   |
| - informations délivrées par le médecin                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| - explications données par le personnel soignant        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Respect de votre intimité et de votre pudeur            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Respect de la confidentialité des informations          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

**RESTAURATION**

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   |  |  |  |  |
| Qualité des repas                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Quantité des plats servis                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Respect des températures des plats servis | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Votre régime a-t-il été respecté ?        | <input type="checkbox"/> oui  | <input type="checkbox"/> non  | <input type="checkbox"/> pas de régime  |   |

**LA CHAMBRE ET LE MÉNAGE**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Amabilité et écoute du personnel de ménage | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Prestations de la chambre                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Équipement et confort de votre chambre     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Propreté des locaux                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

**LA SORTIE**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Informations sur la date et l'horaire de sortie  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Informations sur le traitement à prendre ensuite | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Information sur la reprise de vos activités      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Informations sur les signes de complication      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |