



VIII - VOTRE SORTIE

- Êtes-vous satisfait des conditions de préparation de votre sortie ?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX - CONCLUSION

Êtes-vous :

- Pleinement satisfait
- Modérément satisfait
- Insatisfait
- Mécontent (de votre séjour dans notre établissement)

Si l'un de vos proches devait se faire hospitaliser, lui conseilleriez-vous ?

- | | Oui | Non |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - La Clinique du Mont-Louis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Votre chirurgien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Votre anesthésiste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous des suggestions à nous proposer pour améliorer le séjour d'un patient au sein de notre clinique ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La Clinique du Mont-Louis vous remercie de votre collaboration.



CLINIQUE DU MONT-LOUIS

Médecine, Chirurgie

8-10 rue de la Folie-Régnault
75011 PARIS

Tél : + 33 (0)1 43 56 56 56

Fax : 01 43 79 01 86

Questionnaire d'appréciation du séjour



Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous consacrer quelques instants pour compléter ce questionnaire. Vos remarques et suggestions nous permettront de mieux répondre à vos attentes et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Vous pouvez remettre ce document à l'accueil lors de votre sortie ou nous l'envoyer.

Merci de remplir ce document avec un stylo noir et de respecter les cases.

Vous disposez d'un droit d'accès auprès de la CNIL, en vue, si vous le souhaitez, de modifier, de rectifier ou de supprimer des informations vous concernant (art. 34 « Informatique et libertés »).

Nom (Facultatif)

Prénom (Facultatif)

Email.....@.....

Étage 1^{er} 2^e 3^e 4^e 6^e

Nom du chirurgien

Date de début de séjour

Date de fin de séjour

I - L'ACCUEIL ET LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

Êtes-vous :	Précisez pourquoi	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Pleinement satisfait	- Information complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Modérément satisfait	- Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insatisfait	- Délai d'attente court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mécontent	- Personnel disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ? Oui Non

II - VOTRE CHAMBRE

Êtes-vous :	Précisez pourquoi	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Pleinement satisfait	- Propreté suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Modérément satisfait	- Matériel en bon état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insatisfait	- Confort suffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mécontent			

III - LES REPAS

Vous semblent-ils ?	Oui	Non
- De bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Variés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Adaptés à vos habitudes de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Adaptés à votre régime médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Copieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A température suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV - LA DOULEUR

	Oui	Non
- Si vous vous êtes plaint, vous a-t-on écouté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre douleur a-t-elle été traitée rapidement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le traitement donné a-t-il été efficace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V - LE PERSONNEL DE SOINS

Êtes-vous :	Précisez pourquoi	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Pleinement satisfait	- Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Modérément satisfait	- Tenue correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insatisfait	- Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mécontent			

VI - VOTRE CHIRURGIEN

Êtes-vous :	Précisez pourquoi	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Pleinement satisfait	- Information complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Modérément satisfait	- Information claire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insatisfait	- Disponibilité (visite après votre intervention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mécontent			

VII - VOTRE ANESTHÉSISTE

Êtes-vous :	Précisez pourquoi	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Pleinement satisfait	- Information complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Modérément satisfait	- Information claire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insatisfait	- Disponibilité (visite après votre intervention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mécontent			