

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre prise en charge à la **Clinique Boyer** se termine. Dans un souci permanent d'amélioration de nos prestations, la Direction et les Professionnels de santé vous sont reconnaissants de remplir ce questionnaire lors de votre sortie. Nous vous remercions par avance de le déposer dans la(les) boîte(s) identifiée(s) à cet effet dans le hall d'accueil ou dans le service de soins, afin de respecter la confidentialité des informations recueillies.





Nous vous remercions pour votre collaboration.

Date d'entrée:/...../..... Date de sortie :/...../..... Numéro de chambre :





Votre nom et prénom (*facultatifs*) :

Pour chaque question, cochez votre degré de satisfaction :





 Très satisfait  Satisfait  Peu satisfait  Insatisfait

				
Avez-vous reçu un livret d'accueil ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
• Si oui, votre opinion sur la qualité des informations contenues dans le livret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre opinion sur le site internet de la clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Accueil et prise en charge administrative

				
Qualité de la signalétique (orientation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilités de stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez un handicap, êtes-vous satisfait de l'aménagement de la clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil et amabilité du personnel administratif (entrées, sorties).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations données à l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Accueil et prise en charge dans le service

				
Accueil et amabilité du personnel soignant dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialogue avec le médecin sur les bénéfices et les risques des examens et soins effectués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations données par le médecin sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation aux décisions concernant vos soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations sur les traitements médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des soins entre les médecins et le personnel soignant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des informations données par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins et disponibilité du personnel soignant de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins et disponibilité du personnel soignant de nuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge dans le service de rééducation

				
Qualité des soins de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute et conseils de votre kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge de la douleur

				
Si vous aviez des douleurs à votre arrivée, les a-t-on pris en charge?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
Efficacité du traitement médicamenteux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur les possibilités de prise en charge de la douleur ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge sociale



- Avez-vous eu besoin d'une assistante sociale ? Oui Non
- Ecoute et disponibilité
- Information et accompagnement dans les démarches.....

Le respect de vos droits



- Respect de votre intimité/dignité
- Respect de vos croyances / convictions
- Respect de la confidentialité de vos informations (personnelles, médicales et sociales)
- Qualité de l'accompagnement de vos proches/famille (hébergement, restauration).....
- Sécurité concernant vos biens et vos effets personnels
- Plage des horaires de visite

Votre opinion sur le service hôtelier



- Amabilité du personnel hôtelier (nettoyage, repas)
- **Votre chambre**
- Confort et aménagement de la chambre
- Propreté de la chambre.....
- Qualité de l'équipement (lits, tablettes, sonnette...)
- Qualité des prestations annexes (téléphone, télévision).....
- Qualité du linge
- Respect du calme nécessaire à votre repos
- **Les repas**
- Qualité des plats
- Horaires des repas
- Variété des menus.....
- Quantité des plats
- Température des plats
- Respect de vos choix
- Respect de votre régime alimentaire
- Qualité de la prise en charge diététique

Votre sortie



- Informations données sur la continuité de votre prise en charge
- Qualité de l'organisation de votre sortie

Votre appréciation générale



- Avis global sur votre séjour
- Recommanderiez-vous notre établissement ?..... Oui Non

Vos commentaires (positifs et/ou négatifs)

Nous collectons vos données afin d'améliorer nos pratiques.

Pour plus d'informations, rendez-vous à l'adresse suivante : <https://www.clinique-boyer.fr/fr/clinique-boyer/rgpd>.

BON RETABLISSEMENT.