

HOTELLERIE

Confort de la chambre :
 Confort sonore :
 Equipements tv/téléphone :



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

CONFIDENTIALITE – INTIMITE

Confidentialité :
 Intimité :

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

RESTAURATION

Qualité :
 Température :
 Quantité :
 Présentation :
 Choix :

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

LA SORTIE ADMINISTRATIVE

Accueil :
 Informations données :
 Temps d'attente :

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

Merci de vos remarques

SATISFACTION GLOBALE

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

NOM (Facultatif):

Jour d'arrivée :

Prénom :

Jour de sortie :

Nom de la chambre :

Nom de l'anesthésiste :

Nom du praticien :

Nom du pédiatre :

PREAMBULE

Comment avez-vous connu la Clinique Sainte-Thérèse ?

- Par votre médecin qui exerce dans cette Clinique
- Par une amie qui y a déjà accouché
- Par Internet
- Le nom du site :
- L'annuaire
- Vous habitez le quartier
- Autres :

C'est votre ... :

- Premier
- Second
- Troisième
- Plus du troisième

... Accouchement ?

- Avez-vous bénéficié d'une préparation à l'accouchement ? Oui Non
- Si oui, à la Clinique Sainte-Thérèse ? Oui Non
- Avez-vous bénéficié d'une préparation à l'allaitement ? Oui Non

ACCUEIL PHYSIQUE :

Temps d'attente :
Amabilité du personnel d'accueil :



ACCUEIL TELEPHONIQUE :

Temps d'attente :
Amabilité du personnel d'accueil :
Informations données :

PLATEAU TECHNIQUE :

Etes-vous venue pour un acte chirurgical :
en séjour ?
en ambulatoire ?
Accueil au 4^{ème} étage :
Confort du 4^{ème} étage :
Temps d'attente :
Sentiment de sécurité :
Prise en charge de la douleur :

PRISE EN CHARGE MATERNELLE JOUR

Prise en charge de la douleur :
Accueil dans le service :
Disponibilité des personnes :

PRISE EN CHARGE MATERNELLE NUIT

Prise en charge de la douleur :
Accueil dans le service :
Disponibilité des personnes :

PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE (BEBE)

Amabilité
Conseils / informations
Disponibilité des personnes
Si vous avez eu un allaitement maternel, avez-vous été satisfaite ?
Des conseils donnés
Du soutien moral

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Transport/brancardage :
SSPI/réveil :
Confort/confidentialité :



LA SAGE-FEMME

Informations reçues :
Disponibilité :
Amabilité :
Prise en charge :

L'ANESTHESISTE

Informations reçues :
Disponibilité :
Amabilité :
Prise en charge :

LE CHIRURGIEN – L'OBSTETRICIEN

Informations reçues :
Disponibilité :
Amabilité :
Prise en charge :

LE PEDIATRE

Informations reçues :
Disponibilité :
Amabilité :
Prise en charge :

IDENTIFICATION

Avez-vous pu bien identifier les différentes personnes ?
Si oui ; par quel moyen (plusieurs réponses autorisées)
Badge :
Tenue :
Présentation orale :