


**IDENTITÉ (Facultatif) :** .....

**CHAMBRE N°** \_\_\_\_

**ETAGES :**  2 /  3

**POUR QUI ?**

 Les patients  
séjournant à la  
Polyclinique PAOFAI

**POURQUOI ?**

 Recueillir votre niveau de satisfaction  
Améliorer la qualité de nos prestations

**COMMENT FAIRE ?**

 Le remplir et le déposer dans la boîte aux  
lettres "*Questionnaire de satisfaction*" en  
face des ascenseurs au RDC

**VOTRE APPRÉCIATION**

**Très satisfait**

**Satisfait**

**Non satisfait**
**VOTRE ACCUEIL**

				VOS OBSERVATIONS
L'accueil du personnel au bureau des entrées et admissions RDC				
La signalisation pour vous déplacer dans la Polyclinique				
L'accueil du personnel soins dans l'unité de soins				
La remise du livret d'accueil et du présent questionnaire				
La clarté des informations du livret d'accueil				
L'information sur vos droits en tant que patient				

**VOTRE SÉJOUR ET VOTRE CONFORT**

				VOS OBSERVATIONS
Le fonctionnement des services : télévision, internet, accès WIFI				
Le confort et la tranquillité de votre chambre				
La propreté et l'entretien de votre chambre				
La distribution, la qualité et la variété de vos repas				

**VOS SOINS ET RELATIONS AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT**

				VOS OBSERVATIONS
L'explication reçue sur votre état de santé				
L'information sur le déroulement de vos examens				
La qualité des soins que vous avez reçue				
La prise en compte de votre douleur				
L'écoute et le soutien dont vous avez bénéficié				
Le respect de la confidentialité et du secret professionnel				
Le respect de votre intimité, dignité et de vos convictions				
La prise en charge de votre confort lié à votre maladie ou traitement				
Le déplacement avec le brancardier				
L'identification du personnel (badges nominatifs)				

**LES MODALITÉS DE VOTRE RETOUR À DOMICILE**

			VOS OBSERVATIONS
L'organisation et les informations avant votre sortie			
Les informations liées à vos médicaments après votre sortie			
Les informations de suite de vos soins après votre sortie			
La reprise de vos activités après votre sortie			
Les signes de complications éventuelles			
La date de votre prochain rendez-vous médical			

**VOTRE APPRÉCIATION GÉNÉRALE**

			VOS OBSERVATIONS
Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre séjour ?			
Recommanderiez-vous notre établissement ?			
Si vous deviez de nouveau être hospitalisé, reviendriez-vous dans notre établissement ?			

**Quels seraient les axes d'amélioration que vous souhaitez formuler ?**

.....

.....