

HOSPITALISATION TEMPS PLEIN		<i>Pas du tout satisfait</i>	<i>Plutôt pas satisfait</i>	<i>Plutôt satisfait</i>	<i>Tout à fait satisfait</i>		
1. L'ACCUEIL							
Exprimez votre niveau de satisfaction concernant l'accueil que l'on vous a réservé à votre arrivée							
Le délai d'attente pour votre prise en charge		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
L'accueil au bureau des Admissions		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
L'accueil de l'équipe soignante pour les diverses formalités		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
L'accueil au Club		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. L'INFORMATION							
Que pensez-vous des informations qui vous ont été fournies lors de votre séjour							
Les informations sur votre état de santé		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Les informations sur votre traitement		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Les informations sur la vie de l'Institution		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Les explications données par le personnel		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. QUALITE DE VIE							
Comment jugez-vous la qualité des soins qui vous ont été dispensés au cours de votre hospitalisation ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
La prise en charge de la douleur psychique ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
La prise en charge de la douleur somatique ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4. LE PERSONNEL							
Une ou plusieurs réponses possibles							
Compétent	<input type="radio"/>	Discret	<input type="radio"/>	Respectueux	<input type="radio"/>	Serviable	<input type="radio"/>
Attentif	<input type="radio"/>	Disponible	<input type="radio"/>	Aimable	<input type="radio"/>	Réconfortant	<input type="radio"/>
5. VOTRE SEJOUR							
Indiquez votre opinion sur :							
L'équipement des locaux		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
La propreté/l'hygiène		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
La qualité de la restauration		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Les horaires de repas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Les ateliers proposés		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Quelle est votre appréciation globale sur votre séjour à la Clinique		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. RESPECT DE LA CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE							
Comment jugez-vous que la Clinique et les intervenants de l'équipe respectent :							
Votre intimité		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
La confidentialité des informations		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Le secret médical		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Comment jugeriez-vous de votre participation à l'élaboration de votre projet thérapeutique ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Merci d'apporter vos remarques particulières :							