

# Votre avis nous fait progresser

Soucieux d'améliorer la qualité des soins et de nos prestations, nous vous remercions de bien vouloir accorder quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Vos réponses sont confidentielles : elles seront analysées de façon strictement anonyme.

Le service qualité

## Hospitalisation

### Consignes de remplissage :

Merci de cocher vos réponses au STYLO NOIR    selon votre degré de satisfaction :



Excellent



Bon



Passable



Mauvais

NC = Non Concerné

## Droits et information

Vous a-t-on remis un livret d'information sur la clinique ?  Oui  Non  
 Estimez-vous avoir participé aux décisions concernant votre prise en charge ?  Oui  Non

Clarté des informations transmises concernant



- Votre séjour
- Les bénéfices et risques de votre prise en charge
- Les tarifs de l'établissement
- Les honoraires des praticiens
- La suite de votre prise en charge (médicaments, RDV...)

Clarté des réponses à vos questions

Respect de votre intimité

Confidentialité des informations échangées

## Accueil

Qualité de l'accueil téléphonique

Qualité de l'accueil en pré-admission

Qualité de l'accueil administratif le jour de votre entrée

Délai d'attente à l'accueil

Qualité de l'accueil dans le service de soins

## Prise en charge au bloc opératoire

Non concerné

Transfert chambre ↔ bloc

Accueil au bloc opératoire (sourire, écoute du personnel)

Délai d'attente au bloc

Confort

## Prise en charge dans le service de soins

Disponibilité, écoute et gentillesse :

- de l'équipe soignante de jour

- de l'équipe soignante de nuit

- des médecins

Qualité des soins reçus

Prise en charge de vos angoisses (  NC)     →



## Douleur

Avez-vous souffert lors de votre hospitalisation ?

Oui

Non

Si intervention chirurgicale, à quel(s) moment(s) la douleur a-t-elle été la plus forte ?

Salle de réveil

Au retour en chambre

La nuit suivant l'intervention



Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur

## Services hôteliers

Qualité de vos repas

Quantité

Variété des plats

Température des plats

Disponibilité, écoute et gentillesse

Confort de la chambre n° .....

Calme de la chambre

Entretien des locaux

## Satisfaction générale

Quelle note générale attribueriez-vous à l'établissement ?



10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

Remarques et suggestions :

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## Informations

Site :  Grand-large

Keraudren

Pasteur

Chambre n° : .....

Nombre de nuits : .....

Date de sortie : ...../...../.....

Praticien : .....

Ce questionnaire est à remettre au choix :  
- au personnel soignant du service,  
- dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet,  
- par voie postale à l'adresse suivante, en fonction du site d'hospitalisation, adressé au bureau qualité :  
o Clinique de Grand-Large, 37 rue St Vincent de Paul – BP 42041 – 29220 Brest Cedex 2  
o Clinique Pasteur- 32 rue Auguste Kervern - CS 82936 - 29229 Brest Cedex 2  
o Polyclinique Keraudren, 375 rue Ernestine de Trémaudan – BP 62043 – 29220 Brest Cedex 2