

ENQUETE SATISFACTION HOPITAL DE JOUR MEDICAL



KLINIEK SINT-JAN
CLINIQUE SAINT-JEAN

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer, il serait très intéressant que vous nous fassiez part de votre appréciation et de vos remarques concernant votre rendez-vous dans notre clinique. En consacrant un court instant à remplir ce questionnaire, vous nous aiderez grandement à améliorer le service de qualité que nous voulons offrir à tous nos patients.

En vous remerciant d'avance pour votre contribution,

Patrick Gérard, Directeur Général

-
- Age du patient : ans
 - Sexe du patient: féminin masculin Code postal du patient :
 - Est-ce la première fois que vous répondez à ce questionnaire-ci ? Oui Non
 - Jour et heure prévue de l'examen ou du traitement
 - jour de la semaine (ex : jeudi) :
 - heure de la journée (ex: 8h30):
 - Etait-ce le jour souhaité? Oui Non Sans Objet
 - Délai approximatif entre la prise de rendez-vous et le jour de l'examen ou du traitement : jour(s)
 - Ce délai vous satisfait-il ? Oui Non
 - Si non, pourquoi ? raisons médicales
 - convenances personnelles
 - autre :.....
 - Prise de rendez-vous :
 - Comment avez-vous pris votre rendez-vous à l'hôpital de jour ?
 - le médecin spécialiste a fait la réservation pour moi
 - moi-même par téléphone
 - sur place, à la clinique
 - autre :.....
 - Où avez-vous été installé(e) pour l'examen ou le traitement ? chambre individuelle
 chambre à deux lits
 chambre commune
 Salle – fauteuils
 - Dans quelle catégorie peut-on classer l'examen ou le traitement dont vous avez bénéficié ?
.....
 - Transfusion Chimiothérapie ORL
 - Saignée Urologie Pneumologie
 - Ponction Rhumatologie Gasto-entérologie
 - Cardiologie Cardio-vasculaire Radiologie
 - Autre : Ne sais pas
 - Votre traitement/examen fait-il suite à un séjour hospitalier ? Oui Non

- Est-ce la première fois que vous êtes hospitalisé(e) dans cet hôpital de jour ? Oui Non

Si non, combien de fois environ êtes-vous venu dans cet hôpital de jour ? environ fois

- Avez-vous déjà été accueilli(e) dans un autre hôpital de jour (autre clinique) ? Oui Non
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) dans un autre service de cette clinique ? Oui Non

Nous vous présentons ci-dessous une série de propositions qui correspondent à différents aspects d'une intervention en hospitalisation de jour. En fonction de votre expérience dans notre service, nous vous demandons d'entourer, pour chaque proposition, le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation, sur une échelle de 1 à 5 (de 1 = très insatisfaisant à 5 = très satisfaisant). Si vous n'avez pas été confronté(e) à l'aspect considéré, vous pouvez entourer les lettres NC (= Non Concerné).

<u><i>Avant l'hospitalisation de jour</i></u>	Très Très Insatisfaisant Satisfaisant					Non Concerné
	Λ	K		ϑ		
- Informations sur les modalités administratives (date, heure, lieu, documents à emporter,...)	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur les modalités financières	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur les précautions inhérentes à l'examen ou au traitement (être à jeun, médicaments à prendre ou à arrêter, personne accompagnante,...)	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur le déroulement de la journée	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur la nature de l'examen ou du traitement	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur les modalités de votre retour à domicile	1	2	3	4	5	NC
- Informations sur les événements post-traitement ou post-examen prévisibles	1	2	3	4	5	NC
- Contact lors de la prise de rendez-vous	1	2	3	4	5	NC

Quelles sont les différentes personnes avec qui vous avez eu un contact avant votre hospitalisation de jour ?

- le médecin spécialiste
- l'infirmière de l'hôpital de jour
- l'accueil général de la clinique
- autre personne :

<u><i>Jour du traitement ou de l'examen</i></u>	Très Très Insatisfaisant Satisfaisant Λ θ					K	Non Concerné
- Accès à la clinique (routier, parking,...)	1	2	3	4	5		NC
- Accès au service (repérage dans la clinique,...)	1	2	3	4	5		NC
- Accueil par le service administratif	1	2	3	4	5		NC
- Accueil dans le service	1	2	3	4	5		NC
- Confort de la salle de séjour	1	2	3	4	5		NC
- Entretien des locaux	1	2	3	4	5		NC
- Temps d'attente :							
<input type="checkbox"/> entre l'entrée dans la clinique et le service « hôpital de jour »	1	2	3	4	5		NC
<input type="checkbox"/> entre l'entrée dans le service et installation dans la chambre	1	2	3	4	5		NC
<input type="checkbox"/> entre l'installation dans la chambre et le traitement	1	2	3	4	5		NC
- Durée du jeûne avant l'examen ou le traitement	1	2	3	4	5		NC
- Confort/aspect des locaux	1	2	3	4	5		NC
- Information en cas de retard de l'examen ou du traitement	1	2	3	4	5		NC
- Information en cas de traitement postposé	1	2	3	4	5		NC
- Volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner le patient	1	2	3	4	5		NC
- Respect de l'heure du traitement ou de l'examen prévue	1	2	3	4	5		NC
- Prise en charge de la douleur	1	2	3	4	5		NC
- Prise en charge des effets secondaires liés au traitement ou à l'examen	1	2	3	4	5		NC
- Prise en charge par : <input type="checkbox"/> le personnel soignant	1	2	3	4	5		NC
<input type="checkbox"/> l'esthéticien(ne)	1	2	3	4	5		NC
<input type="checkbox"/> le diététicien(ne)	1	2	3	4	5		NC
<input type="checkbox"/> le psychologue	1	2	3	4	5		NC
<input type="checkbox"/> le kinésithérapeute	1	2	3	4	5		NC
<input type="checkbox"/> l'assistante social	1	2	3	4	5		NC
- Respect de l'intimité et de la pudeur du patient	1	2	3	4	5		NC
- Facilité de se reposer après le traitement ou l'examen	1	2	3	4	5		NC
- Qualité des soins médicaux	1	2	3	4	5		NC
- Qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5		NC

- Communication avec le personnel infirmier	1	2	3	4	5	NC
- Repas ou collation servie	1	2	3	4	5	NC
- Information sur le moment du départ	1	2	3	4	5	NC
- Informations fournies aux accompagnants/proches	1	2	3	4	5	NC
- Confort des accompagnants/proches (salle de séjour,...)	1	2	3	4	5	NC
- Services commerciaux (cafétéria, boutiques, distributeurs,..)	1	2	3	4	5	NC
- Courtoisie du personnel	1	2	3	4	5	NC
- Sentiment d'être bien entouré(e) par l'équipe de l'hôpital de jour	1	2	3	4	5	NC
<u>Avant le départ</u>	Très Très Insatisfaisant Satisfaisant Λ θ					Non Concerné K
- Informations post-traitement ou post-examen (pansements, médicaments, soins,...)	1	2	3	4	5	NC
- Informations relatives à l'alimentation lors du retour (nourriture/boissons)	1	2	3	4	5	NC
- Informations relatives au traitement de la douleur	1	2	3	4	5	NC
- Informations relatives aux effets secondaires du traitement ou de l'examen	1	2	3	4	5	NC
- Rencontre avec un médecin avant votre départ	1	2	3	4	5	NC

<ul style="list-style-type: none"> • Globalement, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de cet hôpital de jour ? 	<ul style="list-style-type: none"> θ Très satisfait(e) θ Assez satisfait(e) θ Neutre θ Assez insatisfait(e) θ Très insatisfait(e)
<ul style="list-style-type: none"> • Recommanderiez-vous cet hôpital de jour à un proche (membre de votre famille ou ami(e)) ? 	<ul style="list-style-type: none"> θ Certainement θ Probablement θ Neutre θ Probablement pas θ Certainement pas
<ul style="list-style-type: none"> • Si vous deviez à nouveau subir une intervention ou passer un examen, choisiriez-vous à nouveau notre clinique ? 	<ul style="list-style-type: none"> θ Certainement θ Probablement θ Neutre θ Probablement pas θ Certainement pas
Remarques et/ou suggestions éventuelles :	