



Votre avis est précieux ! Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

SERVICE DE CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE

1 LE SERVICE D'ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>				
Aspect des locaux (salle d'attente)	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>				
Informations et explications transmises par la réception lors de votre admission	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente du taxi pour votre retour	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES

2 LES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Qualité de la consultation d'annonce par l'infirmière	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>				
Rapidité de prise en charge par le service médical	<input type="checkbox"/>				
Attention humaine et disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>				
Appréciation des soins et actes infirmiers	<input type="checkbox"/>				
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées	<input type="checkbox"/>				
Présence et écoute des médecins	<input type="checkbox"/>				
Informations sur les soins à pratiquer de retour à votre domicile	<input type="checkbox"/>				
Déroulement des séances	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES





SUITE ENQUETE DE SATISFACTION

SERVICE DE CHIMIOTHERAPIE AMBULATOIRE

3 LE SERVICE HOTELIER

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Aspect et confort des locaux de soins	<input type="checkbox"/>				
Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

4 LA RESTAURATION

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Présentation des plats	<input type="checkbox"/>				
Qualité gustative des menus	<input type="checkbox"/>				
Variété des plats	<input type="checkbox"/>				
Conseils alimentaires	<input type="checkbox"/>				

REMARQUES _____

OPTIONS - RECOMMANDATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Globalement vous êtes :	<input type="checkbox"/>				

Remarques _____

Recommanderiez-vous la clinique ?

OUI NON

Si non, pourquoi : _____

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

