



**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 CHIMIOTHÉRAPIE 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"/>				
› Aspects 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"/>				
<b>REMARQUES</b> .....					
.....					
.....					

2 LES SOINS INFIRMIERS	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"/>				
<b>REMARQUES</b> .....					
.....					
.....					

3 LE SERVICE HÔTELIER	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"/>				
<b>REMARQUES</b> .....					
.....					
.....					



**4 LA RESTAURATION**

	TRÈS SATISFAIT	SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS SATISFAIT
› Présentation des plats	<input type="checkbox"/>				
› Qualité 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 OU SUGGESTIONS :** .....

.....

.....

Recommanderiez-vous la Clinique Saint George: 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 : .....