



Clinique St Jean de Dieu - 19, rue Oudinot - 75007 Paris - Tél : 01 40 61 11 00 - Fax : 01 40 61 11 11

Madame, Monsieur,

Merci de nous aider à améliorer nos prestations en nous faisant connaître vos appréciations.

Cochez la grille ci-après selon votre avis :

Très Satisfait (TS), Satisfait (S), Peu Satisfait (PS), Non Satisfait (NS), Ne Sait Pas (NSP).

## Votre accueil



Comment estimez-vous avoir été accueilli(e) :

- à l'accueil principal de la clinique
- au secrétariat du service
- au sein du service d'oncologie

| TS                    | S                     | PS                    | NS                    | NSP                   |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Comment jugez-vous les délais d'attente au cours de votre prise en charge :

(précisez : .....)

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

## Votre information et vos droits

Comment jugez-vous les informations contenues dans le livret d'accueil ?

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Quel est globalement votre degré de satisfaction sur l'information concernant votre pathologie et sa prise en charge délivrée par :

- vos médecins
- les infirmiers du service
- les autres intervenants du service (précisez : ..... )

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Comment avez-vous perçu l'annonce de votre diagnostic par les équipes de l'établissement ?

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Estimez-vous avoir été suffisamment et bien informé(e) par notre personnel sur :

- vos droits en tant que patient
- les démarches administratives à réaliser

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Jugez-vous la communication avec votre médecin traitant satisfaisante ?

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Quel est votre degré de satisfaction sur le respect de la confidentialité ?

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|



## Les médecins et auxiliaires médicaux

Quel est globalement votre degré de satisfaction sur :

|  | TS                    | S                     | PS                    | NS                    | NSP                   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • la prise en charge médicale                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • la qualité des relations avec les médecins                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • la prise en charge de la douleur                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • la coordination avec le service de radiologie de la clinique     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • l'organisation des examens de laboratoire au sein de la clinique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Les soins infirmiers

Quel est globalement votre degré de satisfaction sur :

|  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • les soins infirmiers                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • la qualité des relations avec les infirmiers | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • les soins de confort                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Votre confort

Comment jugez-vous :

|  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • le confort du service                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • l'agencement de la salle des traitements               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • l'hygiène et la propreté du service                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • la qualité de la collation qui a pu vous être proposée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## L'image de notre clinique

Dans l'ensemble, la prise en charge de votre traitement a-t-elle été :

Si vous avez déjà séjourné à la Clinique SJD, l'appréciation que vous portez sur votre séjour est-elle meilleure ↗, identique → ou moins bonne ↘ que celle de votre dernière visite ?

↗  →  ↘

Recommanderiez-vous la clinique à votre entourage ?

Oui  Non

Avez-vous des compliments, remarques, critiques, suggestions particulières à formuler ?

.....

.....

.....

.....

Date de fin de traitement : ...../...../.....

FACULTATIF

NOM : ..... Prénom : .....

Merci d'avoir passé quelques minutes à remplir ce questionnaire et de le déposer dans l'urne "Votre avis nous intéresse", se trouvant au sein du service.

La Direction.