

# ENQUETE DE SATISFACTION

## SERVICE DE MATERNITE

Numéro de chambre : .....

**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 restituer au personnel de l'étage avant votre sortie ou de nous l'envoyer par courrier.

### 1 LE SERVICE D'ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'accueil en salle d'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délais d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations et explications transmises par la réception lors de votre admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidité de prise en charge par le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### REMARQUES

---



---



---

### 2 LES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appréciation des soins et actes infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention humaine et disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins au bébé et informations transmises le concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins contre la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de l'allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### REMARQUES

---



---



---



### 3 LE SERVICE HOTELIER

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Aspect et confort des chambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des prestations photographe, esthéticienne...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme durant le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil des familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil de la fratrie (si concerné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES \_\_\_\_\_

### 4 LA RESTAURATION

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Présentation des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité gustative des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge diététique uniquement dans le cadre d'un régime instauré par l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES \_\_\_\_\_

### 5 LA SORTIE

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Conseils sur le suivi et surveillance du nouveau-né	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES \_\_\_\_\_

### OPTIONS - RECOMMANDATIONS

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

