

## DOULEUR

Avez-vous été informé sur la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement ?

- Oui →  
 Non

Par :

- Le livret douleur  
 Le chirurgien  
 L'anesthésiste  
 Le personnel infirmier  
 Le cadre infirmier

Avez-vous souffert durant votre hospitalisation ?

- Pas du tout  Un peu  Beaucoup  Enormément

Comment évaluez vous la prise en charge de la douleur durant votre séjour ?

- Tout à fait satisfaisante  Plutôt satisfaisante  Pas vraiment satisfaisante  Pas du tout satisfaisante

## VOTRE SORTIE

Avez-vous été informé des formalités administratives concernant votre sortie ?

- Oui  
 Non

Par qui ? →

- Le personnel administratif  
 Le personnel soignant  
 Le cadre du service  
 Le médecin  
 Le service social

## CONCLUSION

Vous avez choisi la clinique pour :

- Sa renommée  
 Sa proximité  
 Pour un médecin ou un chirurgien  
 Sur les conseils de votre médecin traitant  
 Sur les conseils d'un parent ou d'un ami  
 Vous avez déjà été hospitalisé à la clinique  
 Un de vos proches a déjà été hospitalisé à la clinique

Si vous deviez à nouveau avoir recours à un établissement de soins, choisiriez vous l'Infirmierie Protestante ?

- Oui  
 Non

Conseilleriez vous l'Infirmierie Protestante à un de vos proches ?

- Oui  
 Non

Observations et suggestions

## INFIRMIERIE PROTESTANTE DE LYON

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Merci de cocher vos réponses à l'aide d'un **STYLO NOIR** en suivant l'exemple ci-contre :

## Enquête de satisfaction

Madame, Mademoiselle, Monsieur,  
Afin d'améliorer nos prestations, nous vous remercions de nous transmettre vos remarques et suggestions.



Fondée en 1844

Vous pourrez remettre ce questionnaire :

- soit dans la boîte prévue à cet effet dans chaque service,
- soit au cadre infirmier de votre service,

- ou nous l'adresser par la poste au : 1-3 chemin du Penthod / 69641CALUIRE ET CUIRE CEDEX

Dans quel service avez-vous séjourné ?

- 3A  4A  5A  
 3B  4B  5B

Votre âge :

- de 15 ans  40 à 59 ans  
 15 à 24 ans  60 à 80 ans  
 25 à 39 ans  + de 80 ans

Etiez-vous ?

- en chambre individuelle  
 en chambre double

Votre durée de séjour :

- 1 à 2 jrs  3 à 5 jrs  
 6 à 9 jrs  + de 9 jrs

Votre date de sortie :

/ /

Nom, prénom :

(pour un traitement efficace de vos remarques, votre identité est nécessaire)

## AVANT VOTRE HOSPITALISATION

Un livret d'accueil vous a-t-il été remis ?

- Oui →  
 Non

- Lors de la visite de pré-anesthésie ?  
 Lors de la consultation avec le médecin ou le chirurgien ?  
 Le jour de votre admission ?

## VOTRE SÉJOUR

L'information apportée par les différents professionnels, vous a-t-elle semblé ?

	Concernant votre état de santé				Concernant votre séjour			
	Tout à fait adaptée	Plutôt adaptée	Pas vraiment adaptée	Pas du tout adaptée	Tout à fait adaptée	Plutôt adaptée	Pas vraiment adaptée	Pas du tout adaptée
De la part du chirurgien et du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la part de l'anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la part du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la part du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'accueil : Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli vous ont paru :

	Tout à fait satisfaisantes	Plutôt satisfaisantes	Pas vraiment satisfaisantes	Pas du tout satisfaisantes
Lors des formalités administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de l'arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LE PERSONNEL

### Au cours de votre séjour, le personnel était-il ?

	De jour				De nuit (sauf pour les séjours en ambulatoire)			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
Efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Respectueux de la confidentialité de votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Respectueux de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

## VOTRE CHAMBRE

### Comment avez-vous jugé les points suivants ?

	Tout à fait satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Pas vraiment satisfaisant	Pas du tout satisfaisant		Tout à fait satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Pas vraiment satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Literie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calme (de jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Calme (de nuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES SERVICES PROPOSÉS

	Tout à fait satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Pas vraiment satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Service non utilisé
Aumônerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Journaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distributeur automatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES REPAS

### Avez-vous eu un régime particulier ?

Oui  Non

	Tout à fait satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Pas vraiment satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Qualité de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation du plateau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service apporté (aide, conseil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de vos goûts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de vos choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EXAMENS

### Au cours de votre séjour, êtes-vous allé dans les services suivants ?

Imagerie (radio, IRM, ou scanner)  Oui  Non  
Laboratoire  Oui  Non

### Si oui, comment jugez-vous ?

	Tout à fait satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Pas vraiment satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Les relations avec la personne accompagnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination entre les différents services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INTERVENTIONS

### Avez-vous subi une intervention ?

Oui  Non

Au bloc opératoire  
 Dans le service d'endoscopie  
 Dans le service de cardiologie interventionnelle

### Comment jugez-vous ?

	Tout à fait satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Pas vraiment satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
L'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions dans lesquelles vous vous êtes réveillé en salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La relation avec le brancardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>