

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE LA PATIENTE EN MATERNITE

**Merci de remplir ce questionnaire, vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge des futures mamans et ainsi de mieux répondre à vos attentes.**

**Nous vous proposons plusieurs niveaux de réponses. Cocher celui qui correspond à votre choix.**

Date :

Nom et prénom :

N° chambre :

## **1. CHOIX DE LA CLINIQUE ?**

- En raison d'un séjour antérieur
  Parce que vous avez choisi un médecin qui exerce à la clinique  
 En raison d'une proximité géographique
  Sur les conseils de votre entourage

## **2. PREPARATION DE VOTRE SEJOUR**

- |  | Oui                      | Non                      | Non concerné             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Les informations transmises sur le déroulement de votre séjour ont-elles été pertinentes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été satisfaite de la pré-admission en ligne ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous trouvé facilement les informations sur le site internet et les réseaux sociaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **3. L'ACCUEIL A VOTRE ADMISSION**

- |   | Satisfaite               | Moyennement satisfaite   | Pas satisfaite           | Non concerné             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Êtes-vous satisfaite de :   |                          |                          |                          |                          |
| - La qualité de l'information transmise par les secrétaires administratives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le temps d'attente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité de l'accueil   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **4. VOTRE SEJOUR DANS LE SERVICE DE MATERNITE**

- |   | Satisfaite               | Moyennement satisfaite   | Pas satisfaite           | Non concerné             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Êtes-vous satisfaite de :   |                          |                          |                          |                          |
| - L'écoute et la disponibilité des équipes soignantes et médecins                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité des informations données par les équipes soignantes, les médecins    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité des soins en salle d'accouchement                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité des soins en service de maternité                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité des soins du personnel soignant de jour                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité des soins du personnel soignant de nuit                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'information sur l'état de santé et conseils pour vous occuper de votre enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'accompagnement à l'allaitement maternel                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La place offerte au père  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### La prise en charge de la douleur

- |   | Oui                      | Non                      | Non concerné             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Avez-vous ressenti des douleurs ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, ont-elles été prises en charge de manière satisfaisante ?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous satisfaite de la prise en charge globale de votre douleur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 5. INTERVENANTS

	Satisfaite	Moyennement satisfaite	Pas satisfaite	Non concerné
- Si vous avez rencontré les intervenants suivants, avez-vous été satisfaite:				
- Diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Addictologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas été satisfaite, pourquoi ? .....

## 6. VOTRE OPINION SUR LE RESPECT DU PATIENT

Êtes-vous satisfaite de :	Satisfaite	Moyennement satisfaite	Pas satisfaite	Non concerné
- Le respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le respect de la confidentialité des informations personnelles ou médicales...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas été satisfaite, pourquoi ? .....

## 7. LA QUALITE DES PRESTATIONS HOTELIERES

Êtes-vous satisfaite de :	Satisfaite	Moyennement satisfaite	Pas satisfaite	Non concerné
- La propreté des chambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La quantité des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le respect des régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si vous avez consommé un repas de la carte Prestige, êtes-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas été satisfaite, pourquoi ? .....

## 8. APPRECIATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR

	Satisfaite	Moyennement satisfaite	Pas satisfaite	Non concerné
- Votre appréciation générale sur votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....