



Nous prenons soin de vous

CLINIQUE
DU LANDY

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

A l'issue de votre séance à la Clinique du Landy, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, vous pouvez nous le transmettre grâce à l'urne prévue à cet effet dans le hall d'accueil de la dialyse.

Votre avis sera précieux pour nous aider à travailler à l'amélioration de la qualité de notre service.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation, et nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pierrette Guérin
Directeur Général

Vous pouvez nous transmettre ici vos remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DIALYSE

**Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (x) la case de votre choix
TB = Très Bien, B = Bien, P = Passable, M = Mauvais**

Comment jugez-vous ?	TB	B	P	M
L'accueil téléphonique :				
La prise en charge de votre douleur :				
La clarté de l'information donnée par l'équipe soignante :				
La clarté de l'information donnée par les médecins :				
La clarté de l'information concernant les examens complémentaires :				
L'attention et la disponibilité de l'équipe soignante :				
Le calme dans le service :				
La qualité et l'hygiène des soins :				
Le respect de votre intimité :				
Le respect de la confidentialité dans le service :				
L'attention réservée à vos proches :				
Votre prise en charge diététique :				
Votre prise en charge psychologique :				
Les horaires des séances :				
La propreté du service.....				
L'accessibilité du service :				
La qualité des repas / de la collation :				
La qualité du personnel hôtelier / service des repas :				
Le confort pendant le temps d'attente avant et après la séance				
Comment jugez-vous globalement le service de dialyse :				
Souhaitez-vous voir modifier l'offre de chaîne TV , Si OUI, souhaitez-vous : -Une chaîne de sport <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -Une chaîne de cinéma <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non -Une chaîne d'information en continue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Une chaîne de dessins animés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OUI		NON	
La prise en charge par les ambulanciers :				
Connaissez-vous les formalités à remplir avant de partir en vacances ? Si non, pourquoi ?	OUI		NON	
Si oui, lesquelles ?.....				

Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

Vous êtes : un homme une femme

Depuis quelle année êtes-vous dialysé ?

A quel moment a lieu votre dialyse ? Matin Après-midi Soir

Vous êtes : en activité sans activité

Quel est votre âge ans Quel est le code postal de votre domicile

Facultatif, vos coordonnées :

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER, MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

