

# Sondage de satisfaction

Veillez cocher les cases appropriées selon votre niveau de satisfaction (une seule case par question).

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Ne s'applique pas
<b>CHIRURGIE, EXAMEN</b>					
Qualité du déroulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TRAITEMENT CONTRE LA DOULEUR</b>					
Rapidité du traitement reçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficacité du traitement reçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du diagnostic reçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations reçues en cas de médication intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VOTRE DÉPART</b>					
Qualité de l'information sur les soins reçus et traitements à suivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été contacté le lendemain de votre intervention ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
Renseignements reçus sur la disponibilité d'un service d'urgence ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu recours au service d'urgence ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
<b>FIDÉLISATION</b>					
Accepteriez-vous de recevoir à nouveau des soins de notre clinique ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous nos services à vos connaissances ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>

## COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci de votre collaboration !



vescodesign.com D-13128 / Opmedic



Votre avis nous intéresse



**SONDAGE DE SATISFACTION**

OPMEDIC





Nous sommes à votre écoute !

Groupe OPMEDIC apprécie vos commentaires pour les services médicaux que vous avez reçus dans l'un de nos centres. Il vous faudra environ 5 minutes pour répondre à ce sondage.

L'information que vous nous fournirez est strictement confidentielle et a pour but de parfaire notre objectif de QUALITÉ TOTALE de nos services. Il est donc important de compléter et de nous retourner ce sondage dans les meilleurs délais.

Nous vous remercions de votre participation à cette étude qui s'inscrit dans notre volonté de vous offrir toujours des soins de première qualité dans un environnement des plus agréables.

L'équipe du Groupe OPMEDIC



**PROCREA Cliniques**

- Fertilité
- Cytogénétique
- Prénatal
- Génétique
- Santé de la femme
- Santé de l'homme

[procrea.com](http://procrea.com)

**OPMEDIC**

- Chirurgie esthétique
- Endoscopie digestive
- Plastie
- Chirurgie générale
- Gynécologie
- ORL

[opmedic.com](http://opmedic.com)

# Sondage de satisfaction



Veuillez cocher les cases appropriées selon votre niveau de satisfaction (une seule case par question).

**Opmedic**  
Laval   
Rive-Sud

Homme  Femme Âge

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Ne s'applique pas
<b>COMMUNICATION TÉLÉPHONIQUE</b>					
Délai de réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil de la réceptionniste (qualité de la langue, politesse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence de l'information reçue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SUR LES LIEUX</b>					
Facilité d'accès à l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilité de stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ENVIRONNEMENT</b>					
La signalisation pour l'accès aux divers services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des installations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau de propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température ambiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOINS INFIRMIERS</b>					
La prise en charge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des réponses à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le suivi et le retour d'appel de l'infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LORS DE VOTRE SÉJOUR</b>					
Au bloc opératoire ou en endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À la salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remise d'information écrite suite à un examen et/ou une chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence de l'information reçue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des réponses du personnel à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation de l'identité et de la fonction du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins reçus par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins reçus par le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction de l'aide apportée en cas de mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment de sécurité face aux soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre langue parlée (français ou anglais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de vos valeurs culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conserver cette page pour vos dossiers.

S.V.P. Remettre cette page à la réception.

