



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION AUPRES DES CORRESPONDANTS EXTERNES

IDENTIFICATION DU MEDECIN

Nom du praticien :

Ville :

L'ACCUEIL A LA CLINIQUE

1. Avez-vous récemment joint la Clinique Croix Saint-Michel par téléphone ?

- Oui, en appelant le standard
 Oui, en appelant directement le secrétariat du médecin concerné
 Non → **aller directement à la question 3**

2. Pouvez-vous nous donner votre appréciation concernant la qualité de l'accueil téléphonique ?

	Oui	Non
Votre interlocuteur était aimable et courtois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre interlocuteur a su se rendre disponible pour vous répondre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il a su vous orienter vers la personne compétente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le Service d'Accueil et de Soins (S.A.S)

Service d'accueil pour les patients se présentant spontanément sans rendez-vous

3. Connaissez vous le Service d'Accueil et de Soins (SAS) de la clinique ? Oui Non

4. Avez-vous déjà adressé des patients au SAS ? Oui Non

L'OFFRE DE SOINS

5. Adressez-vous vos patients à la clinique Croix St Michel de façon ? : habituelle occasionnelle

6. Dans quelles spécialités confiez-vous de façon préférentielle vos patients aux praticiens ?

(possibilité de cocher plusieurs réponses)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orthopédie | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie | |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Entrée en urgence |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie digestive | <input type="checkbox"/> Cardiologie | |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire | <input type="checkbox"/> Angiologie | <input type="checkbox"/> Imagerie |
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Rhumatologie | |
| <input type="checkbox"/> Face et Cou | <input type="checkbox"/> Médecine interne | |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | | |
| <input type="checkbox"/> Stomatologie | <input type="checkbox"/> Obstétrique | |
| <input type="checkbox"/> Plastique-Esthétique-Reconstructive | <input type="checkbox"/> Chirurgie Gynécologique | |



7. En tant que médecin généraliste, orientez-vous vos patients vers la Clinique pour :

	Souvent	Rarement	Jamais
Une consultation en lien avec les activités de la clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une hospitalisation au sein du service de Médecine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une intervention chirurgicale programmée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une hospitalisation dans le service Maternité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une hospitalisation non programmée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

8. Quel est le niveau d'importance que vous accordez à chacun des critères ci-dessous pour le choix de notre établissement : (à noter sur les échelles ci-après)

	Peu important 0	Très important 10
- Degré de prise en charge de l'urgence.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----
- Compétence et renommée du spécialiste.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----
- Relations privilégiées avec les spécialistes.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----
- Qualité des informations reçues.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----
- Proximité ; accessibilité de la clinique	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----
- Qualité des soins	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----
- Confort du patient	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----
- Notoriété de la clinique	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	-----

9. En tant que professionnel de santé, quelle est votre perception de la Clinique Croix Saint Michel sur les points suivants :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La qualité de la prise en charge globale du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions d'accueil du patient (confort, convivialité, restauration) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité du plateau technique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



La compétence et disponibilité des praticiens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des informations données ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La proximité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Etes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Il est facile de joindre un spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est facile de joindre l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais à qui m'adresser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de bons contacts avec « le spécialiste »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de bons contacts avec « le personnel »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis informé(e) régulièrement de l'état de santé de mes patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas d'une réponse négative, merci de préciser l'Unité de soins concernée :

11. D'après vous quelles seraient les trois « fonctions » à améliorer en priorité pour répondre à vos attentes et celles de vos patients ?

1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	
			✓ L'accueil.
			✓ La gestion de l'information, le suivi du dossier médical
			✓ La coordination entre services
			✓ La qualité des soins
			✓ La qualité des informations médicales reçues
			✓ La gestion des sorties
			✓ La qualité relationnelle des professionnels salariés
			✓ La qualité relationnelle des professionnels libéraux
			✓ Le confort de l'hébergement
			✓ La qualité de la restauration
			✓ L'hygiène des locaux
			✓ Le délai d'attente (en précisant le service)
			✓ Le parking

Autres fonctions non citées :

12. De façon générale, lorsque vous proposez à vos patients de se rendre à la Clinique Croix Saint Michel, y sont-ils ?

- Favorables
 Réticents – Pourquoi ?



13. Cela concerne t-il une ou des disciplines en particulier ?

Non

Oui – Lesquelles ?

**CONTINUITE DES SOINS /
COMMUNICATION ENTRE L'ETABLISSEMENT ET LES CORRESPONDANTS EXTERNES**

14. Quand vous adressez un patient à la Clinique Croix Saint Michel, quelle est votre satisfaction globale concernant les points suivants :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'information transmise après une consultation ou une hospitalisation ?				
- En terme de contenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En terme de délai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En terme de support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation de la sortie ?				
- Concernant la continuité des soins pour la prise en charge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Concernant la coordination et le lien entre l'établissement et le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Connaissez-vous le score de lutte contre les infections nosocomiales ICALIN de l'établissement ?

OUI

NON

16. Dans le cadre d'un projet de visite ciblée, merci de préciser les unités que vous souhaiteriez connaître :

Unités de Soins

Maternité

Bloc opératoire

Autres, à préciser

Nous vous remercions pour votre participation.

Merci de retourner ce questionnaire soit :

☞ **Par télécopie :** **Service Qualité**
05-63-21-35-10

☞ **Par courrier :** **Clinique Croix Saint Michel**
40 avenue Charles de Gaulle
82 000 MONTAUBAN

☞ **Par mail :** secretariat.direction@clinique-croixsaintmichel.fr

Ce questionnaire est téléchargeable sur le site internet de la clinique
<http://www.clinique-croix-saint-michel.fr/>