Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable qu'il nous a été possible. Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.

Avant votre départ, nous vous demandons de bien vouloir formuler votre appréciation et vos critiques sur vos conditions de séjour. Elles nous serviront à améliorer nos prestations.

ACCUEIL ET INFORMATIONS

1-A votre arrivée, avez-vous été satisfait de votre accueil ?

Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Non satisfait ☐

Si non, s'agissait-il d'un problème :

☐ D'informations ?

☐ De courtoisie du personnel ?

SOINS ET TRAITEMENT

2-Vous a-t-on informé au fur et à mesure sur vos examens, traitements et sur votre état de santé ?

Oui ☐ Non ☐

3-Etes- vous satisfait :

- Du personnel médical ? ☐ Oui ☐ Non
- Du personnel infirmier et/ ou des autres agents ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, s'agissait-il d'un problème :

☐ De disponibilité ?

☐ De courtoisie ?

4-Au moment de votre départ, vous-a-t-on donné les informations utiles sur votre traitement ?

Oui ☐ Non ☐

ENVIRONNEMENT

5-Votre chambre était-elle bien entretenue ?

Oui ☐ Non ☐

6-Votre salle de bain était-elle bien entretenue ?

Oui ☐ Non ☐

7-Avez-vous souffert du bruit durant votre séjour ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez nous préciser la (ou les) source (s).

……

8-Etes- vous satisfaits de votre séjour dans le service ?

Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Non satisfait ☐

REPAS

9-Pour vous, l'heure des repas était :

☐ La bonne

☐ Acceptable

☐ Inappropriée

10- La température des repas étaient :

☐ Adéquate

☐ Acceptable

☐ Pas adéquate

11- Comment était le goût de vos repas?

☐ Très Bon ☐ Acceptable ☐ Mauvais

12- Quelle était la qualité des vaisselles ?

Propre ☐ Sale ☐

13- Avez-vous identifié des imperfections ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, s'agissait-il d'un problème de :

Corps étrangers ☐ Cuisson ☐ Régime ☐

Autres à préciser ……

14- Etes**-vous satisfaits de vos repas ?**

Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Non satisfait ☐

FACTURATIONS

15- Le personnel a-t-il été aimable envers vous ?

Oui ☐ Non ☐

16- Ce service vous semble-t-il efficace ?

Oui ☐ Non ☐

17- Etes**- vous satisfaits du service de facturation ?**

Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Non satisfait ☐

APPRECIATION GENERALE

18- Au moment de quitter l'hôpital, vous êtes globalement :

Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Non satisfait ☐

19- Recommanderiez-vous l'hôpital ?

Oui ☐ Non ☐

20- Commentaires ou suggestions :

……

……

……

Merci de nous avoir consacré ces quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

L'ICA VOUS SOUHAITE PROMPT RETABLISSEMENT ET BON RETOUR CHEZ VOUS !

Service :…….

Date d'entrée :……..

Date de départ :……

Nom (facultatif) :……..

N° de chambre :……

N° de la fiche……

NOTRE VISION :

« Faire de l'ICA un établissement où la qualité des soins et des services est une préoccupation constante »

NOTRE AMBITION :

« Être en Afrique, un pôle d'excellence et le leader des centres cardiologiques »

INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN

BP V 206 Abidjan
Tel.: (225) 21 21 61 71 – FAX: (225) 21 25 92 10
Site web : www.ica.ci
Email : infos@ica.ci
Facebook: Institut de Cardiologie d'Abidjan

Service Communication et Relations Publiques: 21.21.61.70