Madame, Mademoiselle, Monsieur,	7-Avez-vous souffert du bruit durant votre séjour ?
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.	Si oui, veuillez nous préciser la (ou les) source (s). 8-Etes- vous satisfaits de votre séjour dans le service ?
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.	Satisfait Moyennement satisfait Non satisfait REPAS
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 ?	9-Pour vous, l'heure des repas était : La bonne Acceptable Inappropriée 10- La température des repas étaient : Adéquate Acceptable Pas adéquate
SOINS ET TRAITEMENT	11- Comment était le goût de vos repas? Très Bon Acceptable Mauvais
2-Vous a-t-on informé au fur et à mesure sur vos examens, traitements et sur votre état de santé ? Oui	12- Quelle était la qualité des vaisselles ? Propre Sale Sale Sale Sale Sale Sale Sale Sal
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 ?	14- Etes-vous satisfaits de vos repas ? Satisfait Moyennement satisfait Non satisfait FACTURATIONS
Oui Non ENVIRONNEMENT	15- Le personnel a-t-il été aimable envers vous ? Oui ☐ Non ☐
5-Votre chambre était-elle bien entretenue ? Oui Non C 6-Votre salle de bain était-elle bien entretenue ? Oui Non C	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!

NOTRE VISION:

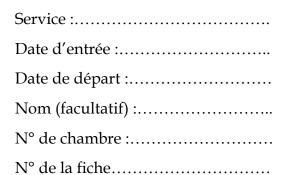
« Faire de l'ICA un établissement où la qualité des soins et des services est une préoccupation constante »



ASSURER LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE DE L'ICA

ÉVALUATION DU NIVEAU DE SATISFACTION DES CLIENTS HOSPITALISÉS Code: PCs/DIG 03 Date:07/01/2 018 Version: 06 Page: 1/2







NOTRE AMBITION:

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



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