

Questionnaire de satisfaction

Afin d'améliorer la qualité de nos services, votre avis nous intéresse !
Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Votre mode d'entrée : Hospitalisation ambulatoire

	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
• <u>Votre accueil</u>				
Facilité d'accès sur le site	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil en consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil à l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Communication</u>				
Contenu du Livret d'accueil /Passeport ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations disponibles au sein de l'établissement (affiche, tract, site internet,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>L'équipe médicale</u> (médecins)				
Qualité du suivi médical				
Information :				
Par le médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par le chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été impliqué dans les décisions liées aux soins ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
• <u>Le bloc opératoire</u>				
Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>L'équipe soignante</u> (infirmières, aides-soignantes)				
Disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de vos besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Prise en charge de la Douleur</u>				
Avez-vous eu des douleurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Bloc opératoire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Service de soins / ambulatoire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Votre douleur a été prise en charge de manière	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Très mauvais
Avez-vous eu des informations sur votre douleur ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

Excellent Bon Mauvais Très mauvais

• **Locaux et environnement**

La chambre / le box :

Avez-vous demandé une chambre seule ? OUI NON

Votre demande a-t-elle été satisfaite ? OUI NON

Propreté

Équipements

Calme

Les lieux communs :

Propreté

Équipements (salle de pause, distributeurs)

• **Repas / Collation**

Qualité

Quantité

Présentation

• **Votre sortie**

Délai d'attente

Organisation (date de sortie, destination,...)

Information médicale relative à votre sortie

Information administrative relative à votre

• **Divers**

Le respect de votre vie privée/Intimité

Le respect de vos croyances

Accueil et accompagnement de l'entourage

Si vous deviez subir une nouvelle hospitalisation,

Chosiriez-vous notre établissement ? OUI NON

Seriez-vous prêt à conseiller notre établissement à un proche ? OUI NON

• **Votre satisfaction globale**

Numéro de chambre : box :

Date de votre séjour :/...../.....

Votre nom (facultatif) :

Commentaires généraux :

.....

.....

.....

.....

*Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.
Merci de le déposer dans la boîte située dans le hall d'accueil.
 En espérant que votre séjour vous a donné entière satisfaction, nous vous souhaitons un prompt rétablissement.*