

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT CHIRURGIE AMBULATOIRE
--

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Merci de remplir ce questionnaire. Vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge et ainsi de mieux répondre à vos attentes.

Nous vous proposons plusieurs niveaux de réponses. Cocher celui qui correspond à votre choix.

Date : _____ N° chambre : _____

Nom et prénom :

Patient adulte :

Patient enfant :

1. PREPARATION DE VOTRE SEJOUR

- | | Oui | Non | Non
concerné |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Les informations transmises sur le déroulement de votre séjour ont-elles été pertinentes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous trouvé facilement les informations sur le site internet et les réseaux sociaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Les informations contenues dans le SMS ont-elles été suffisantes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. L'ACCUEIL A VOTRE ADMISSION

- | | Satisfait | Moyennement
satisfait | Pas satisfait | Non
concerné |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Êtes-vous satisfait de : | | | | |
| - La qualité de l'information transmise par les secrétaires administratives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le temps d'attente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité de l'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'orientation dans la structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. VOTRE SEJOUR DANS LE SERVICE DE SOINS

- | | Satisfait | Moyennement
satisfait | Pas
satisfait | Non
concerné |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Êtes-vous satisfait de : | | | | |
| - L'écoute et la disponibilité des équipes soignantes et médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La qualité des informations données par les équipes soignantes, les médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le délai d'attente dans le service de soins avant le bloc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La prise en charge de la douleur

- | | Oui | Non | Non
concerné |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Avez-vous ressenti des douleurs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, ont-elles été prises en charge de manière satisfaisante ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Êtes-vous satisfait de la prise en charge globale de votre douleur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. **VOTRE PASSAGE AU BLOC OPERATOIRE**

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- La qualité de la prise en charge par le brancardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pour les enfants, l'utilisation des voitures «petit Doudou»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le délai d'attente avant d'entrer au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'accueil du personnel du bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'accueil du personnel de la salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La prise en charge de la douleur en salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité des informations données par les différents professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **VOTRE OPINION SUR LE SERVICE HOTELIER**

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- La propreté du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La qualité de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le respect des régimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **RETOUR A DOMICILE**

	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- Les informations données au moment du retour à domicile ont-elles été satisfaisantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **APPRECIATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR**

	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- Votre appréciation générale sur votre séjour....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....