

**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**

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- 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**

Êtes-vous satisfait de :	Satisfait	Moyennement satisfait	Pas satisfait	Non concerné
- 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 :**

.....

.....

.....