

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT AMBULATOIRE



Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de votre prise en charge en ambulatoire, nous vous remercions de répondre à ces quelques questions et de déposer ce questionnaire dans la boîte à l'accueil.
Ce questionnaire peut rester anonyme si vous le souhaitez.

La Direction.

Date de sortie :/...../..... Chambre :

Nom / Prénom :

Motif d'hospitalisation

L'ACCUEIL

	Très Satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait
• Signalisation du service ambulatoire dans la clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Délai d'attente avant l'accueil en chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité de l'accueil du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité de l'accueil du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Délai d'attente lors de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE SERVICE HOTELIER ET LA RESTAURATION

	Très Satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait
• Qualité de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Equipement et confort de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Niveau sonore de votre chambre (calme, silence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualité des prestations hôtelières (TV, téléphone, lit accompagnant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS

	Très Satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très Insatisfait
• Qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Attention des professionnels à votre égard (<i>Écoute, amabilité, délai de réponse à votre demande</i>)				
> Personnels soignants du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Médecins du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transport des patients – brancardage (<i>bloc ...</i>)				
> Qualité de l'accueil et prise en charge par le brancardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Respect de votre intimité et de votre pudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le bloc opératoire				
> Qualité de l'accueil et prise en charge au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Délai d'attente avant de descendre au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Délai d'attente au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Respect de votre intimité et de votre pudeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION ET DROITS DU PATIENT

AVANT LE SEJOUR

- Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ? Oui Non
Le dépliant « chirurgie ambulatoire » vous a-t-il été remis ? Oui Non
Avez-vous bénéficié d'une consultation pré-ambulatoire avec un(e) infirmier(e) du service ? Oui Non

Très Satisfait Satisfait Insatisfait Très Insatisfait

- Si oui, votre niveau de satisfaction global concernant la consultation est
Si oui, la clarté des informations transmises par l'infirmier(e) était :
- Clarté des informations transmises avant l'hospitalisation par : **Très Satisfait Satisfait Insatisfait Très Insatisfait**
> Le chirurgien
> L'anesthésiste
> Le secrétariat médical
- Avez-vous reçu un appel du service la veille de votre hospitalisation ? Oui Non

Très Satisfait Satisfait Insatisfait Très Insatisfait

- Si oui, la clarté des informations transmises par le service étaient

PENDANT LE SEJOUR

Très Satisfait Satisfait Insatisfait Très Insatisfait

- Respect de votre intimité et de votre pudeur par les soignants
- Clarté des informations transmises pendant l'hospitalisation par :
> Votre médecin pendant la visite
> Le personnel soignant

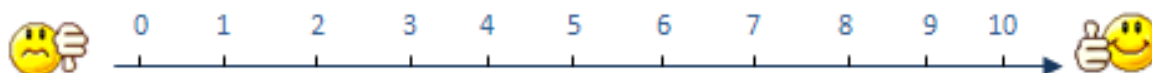
LA SORTIE

Très Satisfait Satisfait Insatisfait Très Insatisfait

- Délivrance des documents nécessaires à votre sortie
(courriers, ordonnances de soins, bon de transport, rdv ultérieurs)
- Savez-vous quel numéro appeler si vous avez un problème après votre sortie ? Oui Non
- Avez-vous été informé de l'appel que vous allez recevoir le lendemain de votre intervention pour prendre de vos nouvelles ? Oui Non

APPRECIATION GLOBALE SUR VOTRE SEJOUR

Au vu de tous les critères énoncés dans ce questionnaire, quelle note attribueriez-vous au service d'ambulatoire ? (1 étant la plus basse note et 10 la meilleure).



- Recommanderiez-vous ce type d'hospitalisation ambulatoire à vos proches ? Oui Non
Recommanderiez-vous la clinique à vos proches ? Oui Non

Vos remarques et suggestions :

.....
.....
.....
.....

Si vous avez des demandes particulières à formuler et si vous souhaitez une réponse individualisée, merci de nous indiquer vos coordonnées (nom, prénom, adresse) :

.....
.....
.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire
pour améliorer la satisfaction des patients.