

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>				
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"/>
• <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>				
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>				
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 la musicothérapie?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		



	Excellent	Bon	Mauvais	Très mauvais
• <u>Locaux et environnement</u>				
La chambre / le box :				
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Repas / Collation</u>				
Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Votre sortie</u>				
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation (date de sortie, destination,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information médicale relative à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information administrative relative à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <u>Divers</u>				
Le respect de votre vie privée/Intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de vos croyances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil et accompagnement de l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous deviez subir une nouvelle hospitalisation,				
Choisiriez-vous notre établissement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Seriez-vous prêt à conseiller notre établissement à un proche ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
• <u>Votre satisfaction globale</u>				
• <u>Pouvez-vous donner une note globale</u>	/10			

Numéro de chambre : box :

Date de votre séjour :/...../.....

Votre nom (facultatif) :

Commentaires généraux :

.....

.....

.....

.....

*Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.
En espérant que votre séjour vous a donné entière satisfaction, nous
vous souhaitons un prompt rétablissement.*