

# Votre avis nous intéresse

## Service Chirurgie Ambulatoire

Afin d'améliorer l'accueil et la qualité des soins dans notre service de Chirurgie Ambulatoire, nous vous remercions de nous aider en remplissant ce questionnaire et en le déposant dans la boîte prévue à cet effet au bureau des sorties ou en le remettant à l'infirmière du service.

Date : .....

Nom du Médecin : .....

Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?

Oui

Non

### Pourquoi avez-vous choisi notre établissement ?

Renommée du praticien

Séjour antérieur

Choix du médecin traitant

Conseil d'un proche ou d'un ami

Spécialité exercée dans l'établissement

autre

### Appel de la veille :

Avez-vous eu un contact téléphonique la veille de votre intervention ?

Oui  Non

Si oui, les informations délivrées par téléphone ont été ?

Très Compréhensibles

Compréhensibles

Peu Compréhensibles

Incompréhensibles

### Légende :

☺☺ Très satisfait

☺ Satisfait

☹ Peu satisfait

☹ Pas satisfait

### L'ACCUEIL

	☺☺	☺	☹	☹
1/ Qualité de l'accueil du personnel de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ Qualité de l'accueil du personnel du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ Délai d'attente entre l'arrivée en ambulatoire et le départ au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ Délai d'attente entre l'arrivée au bloc opératoire et l'installation dans la salle d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ Délai d'attente entre la sortie du bloc et la visite du chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### DURANT VOTRE SEJOUR

					
6/ Les infirmier(e)s étaient-ils disponibles et à l'écoute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7/ Les soins prodigués étaient-ils satisfaisants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8/ L'équipe soignante a-t-elle évalué votre douleur ?	<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non	
9/ Si douleur, êtes-vous satisfait du traitement de celle-ci durant votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10/ Pensez-vous avoir été bien informé par votre médecin concernant votre maladie ou intervention ?	<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non	
11/ Pensez-vous avoir été bien informé de la conduite à tenir en cas de complication à domicile ?	<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non	

### HOTELLERIE-RESTAURATION

					
12/ Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13/ La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14/ La qualité des collations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15/ La quantité des collations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### APPRECIATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR

					
16/ Votre prise en charge dans le service de Chirurgie Ambulatoire vous a parue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17/ Reviendriez-vous, si vous deviez être hospitalisé à nouveau ?	<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non	

### REMARQUES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....