

Votre avis nous intéresse

Service Ambulatoire

Afin d'améliorer l'accueil et la qualité des soins dans notre service 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 l'Hôpital Privé de l'Aube ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renommée du praticien | <input type="checkbox"/> Séjour antérieur |
| <input type="checkbox"/> Choix du médecin traitant | <input type="checkbox"/> Conseil d'un proche ou d'un ami |
| <input type="checkbox"/> Spécialité exercée dans l'établissement | <input type="checkbox"/> 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"/>				
2/ Qualité de l'accueil du personnel du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>				
3/ Délai d'attente entre l'arrivée en ambulatoire et le départ au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>				
4/ Délai d'attente entre l'arrivée au bloc opératoire et l'installation dans la salle d'opération	<input type="checkbox"/>				
5/ Délai d'attente entre la sortie du bloc et la visite du chirurgien	<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 évaluée 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 Ambulatoire vous a parue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17/ Reviendriez-vous à l'Hôpital Privé de l'Aube, si vous deviez être hospitalisé à nouveau ?		<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non

REMARQUES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....