

Questionnaire de satisfaction Ambulatoire

(Hospitalisation durant la journée sans nuit passée à l'HIA)

Madame, Monsieur,
Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire afin d'améliorer la qualité des soins et des prestations de notre établissement.
Vos réponses sont confidentielles et analysées de façon strictement anonyme.
Veuillez déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres de la salle d'accueil du service, prévue à cet effet.
Nous vous remercions de votre collaboration.

Spécialité concernée ou nom du médecin vous ayant pris en charge :

Votre situation personnelle

Militaire d'active* Militaire retraité Famille de militaire Civil de la défense Autre civil

*Si vous êtes militaire d'active, vous avez été hospitalisé : A titre personnel Pour raison de service

Votre sexe : Femme Homme

Avez-vous eu des difficultés pour vous faire accompagner le jour de l'hospitalisation ? Oui Non

↳ Si oui, pour quel motif :

Avant votre hospitalisation en ambulatoire

Que pensez-vous	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De l'information donnée par le chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information donnée par l'anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'information donnée sur les modalités d'entrée et de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du temps d'attente à votre arrivée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non			
Avez-vous eu une pochette ambulatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avez-vous été contacté la veille de votre intervention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Le jour de votre hospitalisation en ambulatoire

Que pensez-vous	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De la signalétique pour vous rendre dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accueil (écoute, disponibilité, amabilité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du temps d'attente au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de votre intimité et de votre dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De votre prise en charge avec les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De votre prise en charge avec les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du respect de la confidentialité des informations échangées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite 

La prise en charge de votre douleur

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De la qualité de l'information sur la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'efficacité du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Confort et conditions de séjour

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De la qualité du linge fourni (blouse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la température de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité de la collation ou du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La préparation de votre sortie

<i>Que pensez-vous</i>	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Non concerné
De la clarté des consignes à suivre pour votre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la clarté des explications en cas de complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité de l'information donnée sur votre suivi et vos prochains RDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre appréciation globale sur votre prise en charge en ambulatoire

Votre impression générale Excellente Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise

Conseillerez-vous notre service Oui Non

Dans le cadre de votre intervention vous a-t-on renseigné avant aujourd'hui sur le fait de vous rendre au bloc opératoire en marchant ?

Oui Non

Si oui, qui vous a informé ?

Chirurgien Anesthésiste Infirmier (e)

Comment jugez-vous le respect de votre intimité (tenue) lors de votre départ vers le bloc opératoire ?

Votre impression générale Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Jugez-vous ce nouveau mode de transfert (à pied, en fauteuil roulant) en adéquation avec votre état de santé ?

Votre impression générale Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait

Recommanderiez-vous ce nouveau mode de transport ?

Oui Non

Vos suggestions nous intéressent :

