

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION AMBULATOIRE

Dans un souci d'**amélioration continue de la qualité** de la prise en charge et des services dispensés à la Clinique, nous souhaitons connaître votre appréciation et vos remarques. Nous vous remercions donc de prendre quelques instants pour répondre à ce **Questionnaire**. Vos remarques et suggestions resteront strictement anonymes.

Chambre n°

Date :

Age :

SIGNALETIQUE

Trouvez-vous la signalisation interne satisfaisante ? Oui Non

Vous avez connu la clinique par : Votre médecin La presse Un professionnel de la clinique Autre

Autre, précisez :

L'ACCUEIL

Avez-vous effectué la pré-admission ? Oui Non

Si oui, avez-vous attendu moins d'un quart d'heure lors de celle-ci ? Oui Non

Le jour de votre entrée, avez-vous attendu moins d'un quart d'heure ? Oui Non

Avez-vous été satisfait de l'accueil ?

A l'accueil Oui Non

Dans le service Oui Non

Au bloc opératoire Oui Non

Lors des examens complémentaires (radio...) Oui Non

Le personnel d'accueil était-il :

Disponible Oui Non

Aimable Oui Non

Discret Oui Non

L'INFORMATION

Vous a-t-on remis le Livret d'Accueil ? Oui Non

Avez-vous trouvé les informations nécessaires à votre séjour dans le livret d'accueil ? Oui Non

Si non, avez-vous trouvé les informations complémentaires dans le service ? Oui Non

Les explications données par votre chirurgien étaient-elles claires ? Oui Non

Vous a-t-il demandé votre avis pour tous les actes réalisés ? Oui Non

Les explications données par l'anesthésiste étaient-elles claires ? Oui Non

Les informations sur votre admission étaient-elles claires (jour, heure d'arrivée, documents) ? Oui Non

Le rappel de votre admission par SMS vous a-t-il été utile ? Oui Non

Les informations contenues dans ce SMS étaient-elles claires ? Oui Non

Les informations données sur les frais engagés étaient-elles claires ? Oui Non

Aviez-vous été informé des obligations pour votre sortie (accompagnant, ne pas être seul la nuit) ? Oui Non

Avez-vous visité le site Internet de la Clinique (www.ghm-lesportesdusud.fr) ? Oui Non

Si oui, y avez-vous trouvé facilement les informations que vous recherchez ? Oui Non

L'HOTELLERIE ET LA RESTAURATION

Comment jugeriez-vous votre chambre en terme de :

	T. Bon	Bon	Insuff	Mauvais		T. Bon	Bon	Insuff	Mauvais
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confort de la literie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propreté des sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnement de la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été satisfait de votre collation ? Oui Non

en quantité ?

en qualité ?

Avez-vous été satisfait du personnel de service (collation) ?

Tenue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Discrétion	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Efficacité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de la propreté des locaux communs couloirs, hall d'entrée... ? Oui Non

LES SOINS

Combien de temps avez-vous attendu entre l'installation en chambre et le départ au bloc ?
 + d'1 heure + de 2 heures + de 3 heures

Avez-vous été satisfait du personnel médical et soignant ?

Soins :	Oui	Non	Amabilité :	Oui	Non
Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brancardiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brancardiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre douleur a-t-elle été soulagée : efficacement Oui Non rapidement Oui Non

Lors de vos soins, votre intimité a t-elle été respectée ? Oui Non

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge au bloc opératoire ? Oui Non

VOTRE SORTIE



Les informations concernant votre sortie ont elles été suffisantes ? Oui Non



EN CONCLUSION

Le principe de la chirurgie réalisée en ambulatoire vous a-t-il convenu ? Oui Non

Avez-vous rencontré des difficultés pour organiser votre transport et retour à domicile ? Oui Non

Si oui, pourquoi ?

Au moment de sortir, gardez-vous une bonne impression de votre séjour ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  

Si vous ou un proche devait être hospitalisé, choisiriez-vous l'établissement ?  

Commentaires

.....

.....

Seriez-vous volontaire pour **participer à un groupe d'expression des usagers** destiné à recueillir les remarques, suggestions des patients de l'établissement dans un but d'amélioration de la qualité de la prise en charge ?

Oui Non

Si oui, merci de nous laisser vos coordonnées (adresse, n° de téléphone, mail...)

NOM : Prénom :

Adresse : Code postal :

Téléphone : Mail :@.....

Merci de remettre ce document au personnel lors de votre sortie ou dans les boîtes prévues à cet effet aux bureaux des entrées (hall d'entrée et ambulatoire)