

Date : Votre nom (facultatif) : Votre numéro de chambre :

Type d'intervention : Digestive Orthopédie Urologie Gynécologie Ophtalmologie ORL

VOS CONSULTATIONS

Avez-vous été satisfait :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Des consultations avec votre chirurgien	☺	☺	☹	☹
De la consultation avec votre anesthésiste	☺	☺	☹	☹
Des échanges avec les secrétariats médicaux	☺	☺	☹	☹
La qualité des informations données sur votre préparation préopératoire	☺	☺	☹	☹

APPEL DE LA VEILLE / PREADMISSION

Avez-vous été satisfait de :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
De l'amabilité du personnel d'accueil	☺	☺	☹	☹
De la clarté des informations fournies sur l'admission	☺	☺	☹	☹

VOTRE ACCUEIL

Avez-vous apprécié votre accueil :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
De l'amabilité du personnel d'accueil	☺	☺	☹	☹
De la qualité des informations fournies	☺	☺	☹	☹

VOTRE SEJOUR

AU BLOC OPERATOIRE :

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge:	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Par les brancardiers	☺	☺	☹	☹
En salle d'opération	☺	☺	☹	☹
En salle de réveil	☺	☺	☹	☹

EN QUA 084 c

DANS LE SERVICE AMBULATOIRE :

Avez-vous apprécié :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
L'accueil par le personnel soignant	☺	☺	☹	☹
La prise en charge de la douleur	☺	☺	☹	☹
La qualité des soins	☺	☺	☹	☹
Les informations données concernant l'organisation de la sortie	☺	☺	☹	☹

HOTELLERIE :

Que pensez-vous de :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
La quantité de la collation	☺	☺	☹	☹
La qualité de la collation	☺	☺	☹	☹
La propreté de votre chambre	☺	☺	☹	☹

EN BREF

Gardez-vous une bonne impression de votre séjour :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
	☺	☺	☹	☹

Vos commentaires :

.....
.....

Merci de votre participation ! Ce document est à remettre au personnel lors de votre sortie ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet aux bureaux des entrées ambulatoire