



Questionnaire de sortie Unité de chirurgie ambulatoire

1

Afin nous aider à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, nous vous invitons à consacrer quelques minutes au remplissage de ce questionnaire. Il devra ensuite être remis au cadre du service ou adressé au service Usagers du Centre Hospitalier.

ACCES ET ACCUEIL

Concernant l'accès à l'hôpital, quel est votre niveau de satisfaction à propos de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La signalisation extérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les places de parking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les services de transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalisation à l'intérieur de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel est votre niveau de satisfaction lors de votre passage aux consultations externes concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consultation chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La consultation d'anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SEJOUR DANS L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
L'accueil que vous avez reçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations que vous avez reçues sur le déroulement de vos soins et examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par le bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par l'équipe soignante de l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel est votre niveau de satisfaction concernant:

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sonorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort du mobilier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le salon de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les collations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge de la douleur :

	Oui	Non	Non concerné	
Une évaluation de la douleur a-t-elle été réalisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre douleur a-t-elle été prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Préparation de votre retour à domicile :

	Oui	Non		
Les consignes pour votre retour à domicile vous ont elles été données ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Les ordonnances de traitements antalgiques vous ont elles été remises avant votre hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

AVIS GENERAL

	Oui	Non
Reviendriez-vous dans cet hôpital en cas de nécessité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommanderiez-vous cet hôpital à votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Globalement, vous êtes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Nous vous remercions pour votre collaboration.



Centre
Hospitalier
de Saumur