

Questionnaire de satisfaction

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris (e) en charge dans le service de **Chirurgie Ambulatoire Site Vallée du Lot de l'Hôpital Lozère**. Afin d'améliorer la qualité de nos prises en charge et de satisfaire au mieux les besoins de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire. Vous pouvez le glisser dans l'urne placée à l'accueil de l'unité ambulatoire ou le remettre à un professionnel du service. Ce questionnaire est couvert par le secret professionnel et reste **confidentiel**.

La Direction

IDENTIFICATION (données facultatives)

Nom, Prénom du patient :

Age : Sexe : Homme Femme

Date de l'hospitalisation : /.... /....

Adresse :

.....



Très satisfait (e)



Plutôt satisfait (e)



Plutôt insatisfait(e)



Très insatisfait (e)

NSP : Ne se prononce pas

Pour les questions suivantes, cocher UNE seule case.

| Niveau de satisfaction |  |  |  |  | NSP |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
| ACCUEIL ET RESPECT | | | | | |
| Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil : | | | | | |
| - Au niveau des admissions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dans l'unité ambulatoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été satisfait(e) des mesures prises pour préserver votre intimité et pour respecter la confidentialité : | | | | | |
| -Dans l'unité ambulatoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -En salle de réveil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| INFORMATIONS | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous été satisfait (e) des informations données : | | | | | |
| - Avant votre admission | <input type="checkbox"/> |
| - Pendant l'hospitalisation | <input type="checkbox"/> |
| - A votre sortie | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été satisfait (e) du contenu des informations données concernant votre intervention : | | | | | |
| - Par le chirurgien | <input type="checkbox"/> |
| - Par l'anesthésiste | <input type="checkbox"/> |
| DOULEUR | | | | | |
| Avez-vous été satisfait(e) de : | | | | | |
| - L'évaluation de votre douleur par le personnel | <input type="checkbox"/> |
| - De la prise en charge de la douleur | <input type="checkbox"/> |
| CONDITIONS HOTELIERES | | | | | |
| Avez-vous été satisfait(e) : | | | | | |
| - Du confort/ de la propreté de la chambre | <input type="checkbox"/> |
| - Du confort/ de la propreté des espaces communs | <input type="checkbox"/> |
| - De la collation servie | <input type="checkbox"/> |
| IMPRESSION GENERALE | | | | | |

Pour cette question, veuillez entourer la partie correspondant à votre niveau de satisfaction.

Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau d'appréciation de l'ensemble de votre séjour au sein de l'établissement ? (1 étant le niveau le plus faible et 10 le niveau le plus élevé) ?

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Observations/Remarques :

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

En vertu de la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement aux données recueillies.