



Questionnaire de Satisfaction

Unité d'Activité Ambulatoire

Date d'hospitalisation :

ETES-VOUS SATISFAIT DE VOTRE HOSPITALISATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

◆ Avant l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire :

Les informations concernant l'hospitalisation dans ce service ont-elles été suffisamment claires, notamment les modalités d'entrée et de sortie ?

Oui

Non

La signalisation pour vous rendre dans ce service vous a-t-elle paru suffisante ?

Avez-vous eu un contact avec le service avant l'intervention ?

Les informations transmises par téléphone ont-elles été suffisamment claires ?

Les informations transmises par le médecin anesthésiste ont-elles été suffisamment claires ?

Les informations transmises par le chirurgien ont-elles été suffisamment claires ?

◆ Pendant l'hospitalisation avez-vous été satisfait(e) :

Oui

Non

De votre accueil ?

De votre box ?

De la propreté ?

Des repas servis ?

Etes-vous satisfait du délai d'attente avant l'intervention ?

Si NON, savez-vous pourquoi ?

.....

◆ Conditions de sortie :

Oui

Non

Les informations données à la sortie ont-elles été suffisantes ?

Le médecin vous a-t-il donné des précisions sur les soins et traitement à poursuivre à votre sortie ?



Questionnaire de Satisfaction

Unité d'Activité Ambulatoire

Date d'hospitalisation :

◆ Satisfaction globale :

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge dans le service ?

Accepteriez-vous d'être ré-hospitalisé dans le service ?

Le principe de prise en charge en ambulatoire (1 journée) vous a-t-il convenu ?

◆ Amélioration :

Avez-vous des commentaires ou suggestions pour l'amélioration de la qualité de votre prise en charge ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◆ Quelques informations sur vous :

Votre nom (facultatif) :

Votre âge :

Votre type d'intervention :

.....

A combien de kilomètres habitez-vous ? Km

Merci de remettre ce questionnaire à l'équipe soignante ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.