

## VOTRE AVIS NOUS INTERESSE SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

**Vous venez pour une intervention en ambulatoire et nous vous remercions de votre confiance. Dans un souci d'amélioration constante de la qualité de la prise en charge, nous souhaitons recueillir votre opinion et vos attentes. Ce questionnaire est traité de manière anonyme et sera détruit après l'analyse des données.**



Merci de bien vouloir cocher les cases avec un stylo noir de la manière suivante :



Votre nom (facultatif)

Votre âge  <20 ans  20 à 60 ans  > 60 ans

Date de votre séjour (jj/mm/aaaa)

Heure prévue de l'intervention

L'horaire a-t-il été respecté?  Oui  Non

Comment vous a-t-on remis les documents pré-opératoires?  Sur place  Par courrier  Jamais reçus

Les avez-vous lus?  Oui  Non

Les informations sont-elles suffisantes?  Oui  Non

Votre hospitalisation a-t-elle été reportée?  Oui  Non

Si oui, combien de fois?  1  2  Plus

Cause du report  A votre demande  A la demande de l'hôpital  Cause extérieure

### VOTRE SATISFACTION AVANT L'INTERVENTION



	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation préopératoire - informations/contact avec le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact avec le service des RV opératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations orales données lors de la prise de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations écrites pour préparer votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation d'anesthésie - accueil, informations et contact avec le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact avec le service des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations reçues par téléphone la veille de l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOTRE AVIS NOUS INTERESSE SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

### VOTRE SATISFACTION LE JOUR DE L'INTERVENTION



Informations et orientation à votre arrivée à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge avant l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge après l'intervention - confort, collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de votre douleur (si existante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation de votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SATISFACTION GLOBALE

Recommanderiez-vous le CHNO des Quinze-Vingts?  Oui  Non

Vous êtes-vous senti(e) en confiance?  Oui  Non

Quelle est votre satisfaction globale sur votre prise en charge en ambulatoire?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Un commentaire, une remarque ?**

*Le service ambulatoire vous remercie de votre participation. Merci de déposer le questionnaire dans l'urne à l'entrée du service avant votre départ*