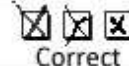


VOTRE AVIS NOUS INTERESSE SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

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 :



Correct



Incorrect

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

Date de votre séjour
(jj/mm/aaaa)

L'horaire de votre intervention 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

La fiche de consentement vous a-t-elle été remise et expliquée? 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



Consultation préopératoire - informations/contact avec le médecin

Contact avec le service des RV opératoires

Clarté des informations orales données lors de la prise de rendez-vous

Clarté des informations écrites pour préparer votre séjour

Consultation d'anesthésie - accueil, informations et contact avec le médecin

Contact avec le service des admissions

Informations reçues par téléphone la veille de l'intervention

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

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