

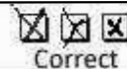
VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

UNITÉ 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

Âge de l'enfant

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

L'hospitalisation de votre enfant 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

