

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CHIRURGIE - MÉDECINE AMBULATOIRE

Chers Patients,

Dans le but de mieux répondre à vos attentes et besoins, nous souhaiterions connaître l'appréciation que vous portez sur votre hospitalisation. N'oubliez pas de remettre le questionnaire à un professionnel du service ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'accueil lors de votre sortie.

L'équipe du service

FAISONS CONNAISSANCE

Date du séjour : _____

Avez-vous reçu un livret d'accueil HPA (autre que le passeport ambulatoire) :

Oui Non

Pourquoi avoir choisi l'Hôpital Privé d'Ambérieu ?

- Proximité
- Recommandation par un tiers
- Choix du médecin
- Autre raison :

VOTRE ACCUEIL ET VOTRE ADMISSION

Êtes-vous satisfait concernant :

- La signalisation des locaux
- L'attente lors de votre admission
- La qualité des infos transmises dans le SMS de préadmission



- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOTRE SÉJOUR DANS LES SERVICES DE SOINS

Êtes-vous satisfait concernant :

- L'accueil du personnel soignant (amabilité, disponibilité)
- La prise en charge de la douleur et de l'anxiété
- Le respect de votre intimité et confidentialité
- La qualité des soins
- La compréhension des informations données par le médecin



- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOUS ETES ALLÉ AU BLOC OPÉRATOIRE

Êtes-vous satisfait concernant :

- Délais entre votre arrivée et votre passage au bloc
- La disponibilité et l'amabilité des brancardiers
- L'accueil du personnel au bloc opératoire



- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOS OPINIONS SUR LES PRESTATIONS HOTELLIÈRES

Êtes-vous satisfait concernant :

- La propreté et le confort de votre chambre
- Le bruit dans le service (jour/ nuit)
- La qualité de la collation
- Les prestations annexes (téléphone, télévision, wifi)



- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOTRE SORTIE

Êtes-vous satisfait concernant :

- La préparation de votre sortie et les informations données pour assurer la continuité des soins
- Le délai d'attente pour votre sortie



- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VERSO >

