



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION AMBULATOIRE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de votre prise en charge, nous vous remercions de bien vouloir nous faire part de votre appréciation et de votre niveau de satisfaction suite à votre parcours en ambulatoire.

Votre avis nous intéresse.

La Directrice,
A. CORNILLAULT

Date : Discipline concernée :

Nom de votre médecin référent :

VOTRE ACCUEIL

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Comment évaluez-vous votre accueil :					
• à votre arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SEJOUR

VOS SOINS

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge par :					
• le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le personnel infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS RELATIONS AVEC LE PERSONNEL

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Qualité de la relation (disponibilité, écoute,...) avec :					
• les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le personnel du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le personnel du brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'IDENTIFICATION DU PERSONNEL

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
L'identification du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
Concernant la douleur, comment jugez-vous :					
• l'information donnée sur celle-ci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sa prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'INFORMATION

	NC	Insuffisant	Passable	Bien	Très Bien
L'information donnée vous paraît :					
• à l'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lors de l'appel de la veille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• à votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sur votre sortie (consignes postopératoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on remis le passeport d'information ?				Oui	Non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

