



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION AMBULATOIRE

Madame, Monsieur,

Votre expérience compte pour nous. En répondant à ce questionnaire, vous nous aidez à renforcer la qualité de votre prise en charge et de votre parcours de soins au Centre Hospitalier Jacques Cœur.

Merci pour votre contribution.

Le Directeur : R. FAUQUEMBERGUE

INFORMATIONS GENERALES

Vous êtes : ☐ patient ☐ un proche /entourage

☐ Hôpital de jour médecine ☐ Hôpital de jour chirurgie ☐ Imagerie

Age : ☐ 0 – 18ans ☐ 19 – 40ans ☐ 41 – 60ans ☐ 61 – 70ans ☐ + 70ans

VOTRE AVIS GLOBAL

❖ **Merci de bien vouloir noter votre degré de satisfaction générale en entourant le chiffre sur l'échelle ci-dessous :**



❖ **Recommanderiez-vous l'établissement ?** ☐ oui ☐ non

❖ **Avez-vous reçu votre le passeport ambulatoire / document d'accueil ?** ☐ oui ☐ non

❖ **Connaissez-vous votre espace numérique santé « Mon espace santé » ?** ☐ oui ☐ non





VOTRE PARCOURS DE SOINS





N. C : non concerné(e) Pas satisfaisant Moyennement satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant







<u>INFORMATIONS PREALABLES</u>	N. C				
La clarté des informations reçues (document, consignes, organisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'envoi des consignes médicales / préopératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La facilité pour joindre un interlocuteur et obtenir des réponses avant votre venue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>DELAIS D'ATTENTE</u>	N. C				
Le délai entre votre consultation initiale et la proposition d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'annonce de votre horaire de convocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>ACCUEIL ET ORGANISATION</u>	N. C				
La qualité de l'accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps d'attente avant votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des explications données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>PRISE EN CHARGE :</u>	N. C				
Votre installation en box/salle d'examen/chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre vous a-t-elle paru adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'évaluation et la prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une relation perçue bienveillante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>SORTIE ET RETOUR A DOMICILE</u>	N. C				
La clarté des consignes de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'information sur le traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'appel de suivi post-ambulatoire, si vous en avez reçu un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

Questionnaire à retourner à la **Direction Parcours Patient, Qualité, Usagers et Gestion des Risques du CH Jacques Cœur**

145 avenue François Mitterrand 18000 Bourges

ou par mail à : **relations.usagers@ch-bourges**

Vous pouvez également nous contacter au : 02.48.48.43.05



Direction Parcours Patient,
Qualité, Usagers et Gestion
des Risques