



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

## Unité d'Hospitalisation Ambulatoire (UHA)

Madame, Monsieur,

Soucieux de la qualité de votre prise en charge et de votre satisfaction, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Toutes les données recueillies seront traitées de manière anonyme.

Le Service Qualité

Nom, Prénom : (facultatif) ..... Date d'hospitalisation : .....

Sexe :  F  H      Age : .....      Questionnaire rempli par :  le patient     un parent ou proche

Mettre une croix dans la case correspondante à votre choix

				
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
<b>Quelle appréciation portez-vous sur :</b>				
<b>L'accueil</b>				
Votre accueil au service des admissions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre accueil dans le service d'hospitalisation ambulatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L'information donnée au patient</b>				
<b>Lors de vos consultations :</b>				
Les renseignements donnés par le médecin ou le chirurgien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les renseignements donnés par le médecin anesthésiste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La veille de votre intervention :</b>				
L'appel téléphonique de l'équipe soignante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le jour de votre intervention :</b>				
Le déroulement de la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formalités de sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les consignes à respecter à votre domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La qualité des soins</b>				
La prise en charge par les médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par les infirmiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par les agents de service ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par l'équipe du bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge par les brancardiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité et l'écoute des médecins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité et l'écoute du personnel soignant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de la confidentialité et de votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention apportée à vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La douleur</b>				
La prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les actions proposées pour soulager votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La qualité de l'hôtellerie</b>				
Le confort de la chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entretien et la propreté de la chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Votre séjour</b>				
Quelle appréciation globale portez-vous sur votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Tournez la page, s'il vous plaît.

