



Votre opinion est indispensable pour nous permettre d'améliorer les conditions de séjour et nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire.

Une fois rempli, merci de le remettre à l'Infirmière qui s'occupera de votre sortie. Vos observations feront l'objet d'une attention particulière. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.

Avant votre entrée et à votre sortie

- Contact téléphonique et administratif** Bon Moyen Mauvais
- Qualité des informations** Bon Moyen Mauvais
- Si vous avez été appelé la veille de votre intervention, qualité de l'appel :**
- Bon Moyen Mauvais

Hôtellerie

- Respect de votre demande de chambre** Bon Moyen Mauvais
- Propreté et Hygiène** Bon Moyen Mauvais
- Qualité de la collation** Bon Moyen Mauvais

Prise en charge médicale

- Présentation amabilité** Bon Moyen Mauvais
- Prise en charge de l'anxiété et de la douleur** Bon Moyen Mauvais
- Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins**
- Bon Moyen Mauvais

Personnel des services de soins

- Présentation et amabilité** Bon Moyen Mauvais
- Délai de réponses aux sonnettes** Bon Moyen Mauvais
- Prise en charge de l'anxiété et de la douleur** Bon Moyen Mauvais
- Respect de votre dignité et de votre intimité** Bon Moyen Mauvais
- Compréhension des informations données sur les soins** Bon Moyen Mauvais

Bloc opératoire et salle de réveil

- Le transfert entre votre chambre et le bloc opératoire** Bon Moyen Mauvais
- Présentation et amabilité** Bon Moyen Mauvais
- Compréhension des informations données** Bon Moyen Mauvais
- Prise en charge de l'anxiété et de la douleur** Bon Moyen Mauvais
- Respect de votre intimité et dignité** Bon Moyen Mauvais

Délais

- Délai d'attente entre votre arrivée et votre passage au bloc** Bon Moyen Mauvais

Après votre hospitalisation

- Les informations qui vous ont été données pour votre retour à domicile vous ont-elles mis(e) en confiance ?**
- Oui Non

Satisfaction générale

- Recommanderiez-vous la Clinique à vos proches ?**
- Oui Non



Merci de donner en quelques mots

Un point fort de la Clinique :

Un point à améliorer :

Autres informations

Nom et Prénom : _____ Date _____ de _____ naissance :

Date : ____ / ____ / 20____

Votre département : 77 91 94 75 95 78
 Autre 02 60

Vous avez été hospitalisé pour : Chirurgie ambulatoire Médecine ambulatoire

Vous êtes arrivé(e) : En urgence Admission programmée