

# Questionnaire de Satisfaction en Ambulatoire

Date d'entrée : .....

Spécialité : ..... Nom du médecin : .....

Votre box était : Individuel  Autre  N° de box : .....

Vous êtes : Un homme  Une femme  En activité  Sans activité

Vous êtes : la personne hospitalisé(é)  Un parent d'enfant hospitalisé

Quel est votre âge : ..... ans Quel est le code postal de votre domicile

--	--	--	--	--

Facultatif, vos nom et prénom : .....

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (X) la case de votre choix.

TB = Très bien, B = Bien, P = Passable, M = Mauvais

### Comment jugez-vous ?

	TB	B	P	M
L'accueil téléphonique de notre établissement : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil principal de l'établissement : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service d'admission en ambulatoire : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de votre arrivée dans le service par le personnel soignant : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de votre box : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention et disponibilité du personnel hôtelier : service collation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre box : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de la collation : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité des médecins : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par les médecins : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention de l'équipe de bloc opératoire : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par l'équipe soignante : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies pour votre sortie : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous globalement notre établissement : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Comment jugez-vous également :</b>				
L'accueil en consultation : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil en imagerie médicale: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le déplacement en brancard ou fauteuil : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dès que vous l'avez rempli, merci de le remettre au personnel du service ou dans la boîte aux lettres rouge prévue à cet effet à l'accueil. Vous pouvez également le renvoyer par courrier.

### Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :

.....

.....

.....

.....

A remplir par l'établissement : Mois   Code Local   Pathologie   Saisie

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

À l'issue de votre séjour dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé au dos de la présente lettre.

Si vous le désirez, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Dès que vous avez rempli ce questionnaire, vous pouvez nous le transmettre grâce aux boîtes rouges prévues à cet effet à l'accueil du service ambulatoire ou au niveau de l'accueil principal de l'établissement. Vous pouvez également le renvoyer par courrier au service qualité de l'établissement.

Vos réponses seront prises en considération par la direction et l'équipe médicale ; elles nous permettront de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service à l'égard de nos patients.

En vous remerciant par avance de votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur

La Directrice des Soins