



Votre avis nous intéresse

Service de chirurgie Ambulatoire

Afin d'améliorer l'accueil et la qualité des soins dans notre service Ambulatoire, nous vous remercions de nous aider en remplissant ce questionnaire et en le déposant dans la boîte prévue à cet effet au bureau des sorties ou en le remettant à l'infirmière du service.

Date :

Nom du Médecin :

Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?

Oui

Non

Pourquoi avez-vous choisi la Clinique de Champagne ?

Renommée du praticien

Séjour antérieur

Choix du médecin traitant

Conseil d'un proche ou d'un ami

Spécialité exercée dans l'établissement

autre

Légende :

😊😊 Très satisfait

😊 Satisfait






😐 Pas satisfait

😞 Très mécontent



I - L'ACCUEIL

	😊😊	😊	😐	😞
1/ Qualité de l'accueil du personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ Qualité de l'accueil du personnel de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ Qualité de l'accueil du personnel du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ Délai d'attente entre l'arrivée en ambulatoire et le départ au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ Délai d'attente entre l'arrivée au bloc opératoire et l'installation dans la salle d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6/ Délai d'attente entre la sortie du bloc et la visite du chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>






II - DURANT VOTRE SEJOUR

					
7/ Les infirmier(e)s étaient-ils disponibles	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8/ Les infirmier(e)s étaient-ils attentifs	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9/ Les soins prodigués étaient satisfaisant	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10/ Avez-vous vu un anesthésiste en dehors du bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	oui		<input type="checkbox"/>	non
11/ Pensez-vous avoir été bien informé par votre médecin concernant votre maladie ou intervention ?	<input type="checkbox"/>	oui		<input type="checkbox"/>	non

III - HOTELLERIE-RESTAURATION

					
12/ Le confort de la chambre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13/ La propreté de la chambre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14/ La présentation des collations	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15/ La qualité des collations	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16/ La quantité des collations	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV - APPRECIATION GLOBALE DE VOTRE SEJOUR

					
17/ Comment jugez-vous votre séjour ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18/ Reviendriez-vous à la Clinique de Champagne, si vous deviez être hospitalisé à nouveau ?	<input type="checkbox"/>	oui		<input type="checkbox"/>	non
19/ Recommanderiez-vous la Clinique de Champagne à un proche, à un ami ?	<input type="checkbox"/>	oui		<input type="checkbox"/>	non

V - REMARQUES ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....