

## Questionnaire de satisfaction

Ambulatoire

### QUELQUES RENSEIGNEMENTS

La date de sortie : \_\_/\_\_/----

Votre nom (facultatif) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Votre département :  77  45  89  91  Autre : \_\_\_\_\_

Vous avez été hospitalisé pour :  Chirurgie ambulatoire  Médecine ambulatoire

Vous êtes arrivé(e) :  En urgence  Admission programmée

### AVANT VOTRE ENTREE ET A 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

### HOTELLERIE

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 MEDICALE

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



Tournez la page, S.V.P

