

# 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	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Qualité des informations	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Si vous avez été appelé la veille de votre intervention, qualité de l'appel :	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS

### HOTELLERIE

Respect de votre demande de chambre	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Propreté et Hygiène	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Qualité de la collation	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS

### PRISE EN CHARGE MEDICALE

Présentation, amabilité	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Prise en charge de l'anxiété et de la douleur	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS
Compréhension des informations avant les actes médicaux ou les soins	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MOYEN	<input type="checkbox"/> MAUVAIS



Tournez la page, S.V.P

