

Notre engagement : Vous apportez des soins de qualité dans une prise en charge personnalisée et sécuritaire !

En tant que patient, vous êtes le centre de nos préoccupations et votre expérience au sein de notre établissement attire toute notre attention.

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire, qui peut être anonyme, si vous le désirez. Vos réponses nous permettront de poursuivre notre démarche d'amélioration continue de la qualité.

1 2 3 4

Votre arrivée : Programmée Urgences

La cellule qualité

Avant votre hospitalisation en chirurgie ambulatoire

Vous a-t-on fourni toutes les informations nécessaires à la préparation de votre hospitalisation :

	Oui	Non
L'obligation d'une personne accompagnante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les consignes de jeûne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les consignes sur la prise en charge de votre traitement habituel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le déroulement de votre hospitalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous a-t-on remis les documents suivants pour préparer votre hospitalisation ?

	Oui	Non
Livret d'information patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passeport ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une ordonnance pour soulager une éventuelle douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été **contacté la veille de votre hospitalisation** pour vous rappeler les consignes avant votre intervention?

Oui Non

Que pensez-vous de l'ensemble des informations que vous avez reçues :

	Excellent	Bon	Moyen	Passable	Mauvais
La clarté du livret d'information ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La compréhension du passeport ambulatoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations délivrées par le chirurgien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations délivrées par l'anesthésiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations délivrées par l'infirmière de parcours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations délivrées lors de l'appel à J-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soutien psychologique, empathie et respect

Avez-vous le sentiment que l'on vous a traité avec **respect** et préservé votre **intimité** et votre **dignité** ?

	Oui, toujours	Oui, Parfois	Non, jamais	Non concerné
Aux consultations externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre état de santé ou votre traitement vous a donné **des inquiétudes**, avez-vous pu en parler avec :

	Oui, toujours	Oui, parfois	Non, jamais	Non concerné
Un chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page, SVP.



Confort Physique

Avez-vous eu **mal** pendant votre séjour ? Oui Non

Si oui pensez-vous que le personnel ait fait tout son possible **pour calmer vos douleurs** ?

	Oui, toujours	Oui, parfois	Non, jamais
Aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc / salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coordination et qualité des soins

Avez-vous eu le sentiment d'être **pris en charge rapidement** :

	Oui	Non	Non concerné
Lors de votre arrivée aux urgences / consultations externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de votre arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de votre arrivée au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous a-t-on interrogé **pour vérifier votre identité, votre date de naissance, votre bracelet d'identification et votre intervention à toutes les étapes** de votre prise en charge ?

	Oui, systématiquement	Oui, selon les professionnels	Non, rarement	Non, jamais
Lors de votre admission administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de vos soins aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de vos soins en hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'arrivée au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lors de vos transports internes/brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisation de la sortie

Que pensez-vous de **l'ensemble des informations** que vous avez reçues lors de votre sortie :

	Excellent	Bon	Moyen	Passable	Mauvais
Sur les traitements de sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur les signes et complications devant vous amener à recontacter l'établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur le suivi de votre sortie (prochain RDV, reprise travail...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur l'appel qui vous sera adressé entre J+1 et J+3 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prestations et hôtellerie

Estimez-vous que les **locaux et votre chambre** sont propres ?

Oui Non

Etes-vous satisfait de la **qualité / quantité de la collation** ?

Oui, tout à fait Oui, en grande partie Non, pas du tout

Estimez-vous que les **équipements de votre chambre** sont adaptés et en bon état ?

Oui Non

Evaluation globale de votre séjour

Etes-vous globalement **satisfait de votre séjour** dans notre établissement ?

Très satisfait Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Notez votre **niveau de satisfaction** de 1 à 10
(1 : médiocre-10 : excellent)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Recommanderiez-vous l'établissement ?

Oui Non

