

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

### *Prise en charge ambulatoire*

Madame, Monsieur,

A 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 aux lettres prévues à cet effet dans le service où vous êtes hospitalisé(e) ainsi que dans le hall d'accueil de la clinique.

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, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Direction

<b>Votre intervention :</b>	Programmée <input type="checkbox"/>	En urgence <input type="checkbox"/>
<b>Circuit :</b>	Court (en box / fauteuil) <input type="checkbox"/>	Classique (en chambre) <input type="checkbox"/>
Nom, prénom ( <i>facultatif</i> ) :		
<b>N° de chambre / box :</b> .....		<b>Médecin de la clinique :</b> .....

tournez la page, SVP ☞

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant  la case de votre choix



Très satisfait



Plutôt satisfait



Plutôt pas satisfait



Pas du tout satisfait

Votre date de sortie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Comment jugez-vous ?

#### Votre admission

Facilité dans la préparation du dossier d'entrée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Votre prise en charge soignante

Facilité d'accès au service ambulatoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide proposée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect intimité et pudeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente avant le bloc opératoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Votre prise en charge au bloc opératoire

Accompagnement vers le bloc opératoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté des informations données par le médecin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect intimité et pudeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### L'hôtellerie

Confort .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle de collation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Votre sortie

Consignes de sortie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de votre accompagnant .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche, quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

/10

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

.....  
.....

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

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

A remplir par l'établissement :

Mois /\_\_/\_/

Code local /\_\_/\_/

Pathologie /\_\_/\_/

Saisie /\_\_/\_/