

Questionnaire de Satisfaction Ambulatoire

3 minutes pour nous aider à nous améliorer : donnez-nous votre avis !

À remettre au service de soins ou à déposer dans la boîte prévue
à cet effet à l'accueil ou à renvoyer par courrier

Service d'hospitalisation

Zéphyr

Autre service

☐☐

Nom (facultatif)..... Date de sortie..... n ° de chambre

VOTRE AVIS SUR LA PRISE EN CHARGE



Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Insatisfait

Qualité de l'accueil administratif

☐☐☐☐

Qualité du livret d'accueil

☐☐☐☐

Identification des différents professionnels
(nom et/ou prénom, fonction)

☐☐☐☐

Disponibilité des professionnels

☐☐☐☐

Précisions :

Votre séjour

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Insatisfait

Informations sur les précautions à prendre
(jeûne, préparation cutanée, arrêt traitement médical
si nécessaire...)

☐☐☐☐

Informations sur le déroulement de la journée
(heure d'entrée, accompagnant, sortie, suites post opératoires...)

☐☐☐☐

Informations sur la sortie (traitement médical, signes ou
complications possibles et qui contacter, reprise des activités, suivi)

☐☐☐☐

Accueil des soignants

☐☐☐☐

Respect de l'intimité, de la dignité, de la confidentialité

☐☐☐☐

Sollicitation de votre consentement au cours de la prise en charge

☐☐☐☐

Soins dispensés

☐☐☐☐

Délais éventuels d'attente à l'entrée

☐☐☐☐



Votre séjour (suite)

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Insatisfait

Délais éventuels d'attente à la sortie

☐☐☐☐

Réponses à vos besoins, attentes

☐☐☐☐

Transport (debout, en fauteuil, en brancard)

☐☐☐☐

Précisions :

Votre prise en charge au bloc opératoire et salle de surveillance post interventionnelle

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Insatisfait

Accueil des soignants

☐☐☐☐

Soins dispensés

☐☐☐☐

Ecoute

☐☐☐☐

Réponse à vos besoins

☐☐☐☐

Précisions :

La prise en compte de la douleur

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Insatisfait

Ecoute de la part de l'équipe

☐☐☐☐

Prise en charge rapide

☐☐☐☐

Prise en charge efficace

☐☐☐☐

Précisions :

Les soins spécifiques

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Insatisfait

Imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM)

☐☐☐☐

Kinésithérapeutes si besoin

☐☐☐☐

Précisions :

VOTRE AVIS SUR LES CONDITIONS DE SEJOUR



Restauration	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
--------------	----------------	-----------	---------------	-------------

Collation servie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Précisions :

Chambre	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
---------	----------------	-----------	---------------	-------------

Confort et équipement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

TV, Téléphone, Wifi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Propreté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ambiance du service (calme...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Précisions :

Parties communes	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
------------------	----------------	-----------	---------------	-------------

Parking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Signalétique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Propreté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Précisions :

Votre appréciation globale du séjour	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
--------------------------------------	----------------	-----------	---------------	-------------

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Vos remarques et suggestions



575 Rue du Docteur Trenel
69560 Sainte-Colombe
Tél. 0 826 28 72 72
Site web : clinique-trenel.com