



# QUEST TION NAIRE



## **A votre sortie, votre avis nous est utile pour toujours progresser**

Votre opinion est importante pour maintenir la qualité de ce qui va bien et améliorer ce qui peut l'être. Merci de bien vouloir prendre quelques instants pour cocher d'une croix vos réponses à ces quelques questions.

### **Pensez-vous que l'accueil que vous avez reçu à votre arrivée était :**

- *Par les secrétaires*

Excellent       Bon       Passable       Mauvais

- *Par les Infirmières*

Excellent       Bon       Passable       Mauvais

**Les délais d'attente étaient-ils acceptables ?**       Oui       Non

**Avez-vous eu des douleurs :**       Oui       Non

**Si oui,** la prise en charge de votre douleur a été :

Excellente       Bonne       Passable       Mauvaise

**Pensez-vous que le respect de la confidentialité des informations reçues pendant votre séjour était :**

Excellent       Bon       Passable       Mauvais

**Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre séjour :**

Excellent       Bon       Passable       Mauvais

**Pensez-vous que l'information que vous avez reçue avant votre séjour était :**

- *Pour l'intervention* (conditions de son déroulement, suites post-opératoires, prise en charge...)

Suffisante       Insuffisante

- *Pour le séjour* (horaire de convocation, documents à apporter...)

Suffisante       Insuffisante

**Que pensez-vous du confort hôtelier de votre box ?**

Excellent       Bon       Passable       Mauvais



**Que pensez-vous de la collation qui vous a été servie ?**

- *Qualité*

Excellente       Bonne       Passable       Mauvaise

- *Quantité*

Excellente       Bonne       Passable       Mauvaise

**Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée ?**

*(annonce de votre sortie, les informations données)*

Excellente       Bonne       Passable       Mauvaise

**EN CONCLUSION**

**D'une manière générale, votre journée d'hospitalisation s'est déroulée de façon :**

Excellente       Bonne       Passable       Mauvaise

Date de votre hospitalisation : .....

**Si vous avez des questions, des commentaires, des critiques précises, ou des suggestions, merci de nous en faire part, ici :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*(Facultatif)*

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....

Vous pouvez remettre ce questionnaire au personnel du service ambulatoire qui se chargera de le transmettre ou vous pouvez le déposer dans les différentes urnes placées à cet effet à la clinique.