

SERVICE HÔTELIER

Que pensez-vous :

40. De la propreté de votre chambre ?

😊 😊 😐 😞

41. Du confort de votre chambre ?

😊 😊 😐 😞

42. De la qualité de la collation qui vous a été servie ?

😊 😊 😐 😞

43. Vos valeurs culturelles (alimentation, religion, ...) ont été respectées de manière :

😊 😊 😐 😞 Non concerné

VOTRE DÉPART

Comment apprécieriez-vous l'information reçue :

44. Sur vos conditions de sortie ?

😊 😊 😐 😞

45. Sur le traitement et les soins à poursuivre ?

😊 😊 😐 😞

46. Sur votre prochain rendez-vous ?

😊 😊 😐 😞

47. Connaissez-vous les coordonnées du praticien à contacter en cas de besoin ?

Oui Non

48. Vous-a-t-on remis un courrier de sortie ?

Oui Non

49. Avez-vous eu des problèmes pour organiser vos transports et votre retour à domicile ?

Oui Non

50. Si oui, pourquoi ?

Commentaires :

VOTRE SATISFACTION GLOBALE

51. Comment considérez-vous l'ensemble de votre prise en charge au sein de l'unité ambulatoire ?

😊 😊 😐 😞

52. Le recommanderiez-vous à l'un de vos proches ?

Oui Non

COMMENTAIRES, OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (Le plus apprécié / le moins apprécié etc.):

ENQUÊTE DE SATISFACTION

Hospitalisation ambulatoire



Vous venez d'être hospitalisé(e) dans l'un des Établissements du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille. Nous nous sommes efforcés de rendre votre séjour aussi agréable que possible. Avant de quitter l'établissement, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer l'accueil, la qualité des services et des soins que nous dispensons.

Nous vous remercions de le déposer dans la boîte aux lettres du service située à cet effet ou la laisser dans la chambre lors de votre sortie.

Les remarques que vous ferez seront strictement confidentielles.

La Direction

Saint Philibert

Saint Vincent de Paul

Sainte Marie

1. Date : | 2 0

6. Type d'anesthésie :

2. Age : ans

Générale

3. N° de chambre : _____

Locale

4. Sexe : Masculin Féminin

Locorégionale

5. Type d'intervention : _____

Ne sais pas

Non concerné

AVANT VOTRE HOSPITALISATION

6. Êtes-vous satisfait(e) des informations données en consultation ?

Oui Non

7. Vous-a-t-on remis le livret standard et/ou le guide d'accueil en Unité Ambulatoire?

Oui Non

8. Avez-vous été contacté(e) par téléphone la veille de votre hospitalisation ?

Oui Non NA

9. Cet appel vous a-t-il semblé utile ?

Oui Non NA

10. Si oui, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)

- A permis de vous apporter des réponses
- A permis un rappel des consignes préopératoires
- Pour confirmer votre heure de convocation
- A permis un rappel des modalités administratives à accomplir (documents à fournir)
- Autre :

11. Avez-vous été informé des documents à amener le jour de votre hospitalisation (carte de groupe, double ordonnance de traitement personnel, etc) ?

Oui Non

L'ARRIVÉE

A votre arrivée, vous avez trouvé :

12. L'orientation vers le service ambulatoire ?

Très facile Facile Assez difficile Difficile

L'ACCUEIL

Que pensez-vous de l'accueil :

13. Aux admissions par le personnel ?

😊 😊 😐 😞

14. Concernant la confidentialité des informations échangées ?

😊 😊 😐 😞

15. A quelle heure avez-vous été convoqué(e) ?

____ h ____ mn

16. A quelle heure avez-vous été pris(e) en charge?

____ h ____ mn

17. Avez-vous désigné une personne de confiance?

Oui Non

18. Avez-vous demandé une chambre individuelle ?

Oui Non

19. L'avez-vous obtenue ?

Oui Non

LE PERSONNEL SOIGNANT (infirmiers, aide-soignants...)

Comment apprécieriez-vous :

20. L'attention du personnel soignant ?

😊 😊 😐 😞

21. La disponibilité du personnel soignant ?

😊 😊 😐 😞

22. Les soins reçus du personnel soignant ?

😊 😊 😐 😞

DURANT VOTRE HOSPITALISATION

23. Avez-vous eu connaissance de l'identité et de la fonction de vos interlocuteurs ?

Toujours Parfois Souvent Jamais

24. Avez-vous eu des explications concernant le déroulement de l'intervention ou de l'examen ?

Oui Non

25. Comment jugeriez-vous l'information reçue sur votre état de santé ?

😊 😊 😐 😞

26. Si votre mobilité était réduite, l'aide apportée aux activités de la vie quotidienne (repas, toilettes, ...) vous a semblé :

😊 😊 😐 😞 Non concerné

L'ÉQUIPE MÉDICALE

27. Les médecins ont-ils été à l'écoute?

😊 😊 😐 😞

28. Êtes-vous satisfait des informations reçues pour la préparation opératoire?

😊 😊 😐 😞 Non concerné

LE BLOC OPÉRATOIRE

Concerné Non concerné

Comment apprécieriez-vous :

29. Votre transfert du service vers la salle d'intervention ?

😊 😊 😐 😞

30. Votre accueil en salle d'intervention ?

😊 😊 😐 😞

31. Votre prise en charge en salle de réveil ?

😊 😊 😐 😞 Ne sais pas

32. La qualité des soins reçus par le personnel soignant ?

😊 😊 😐 😞

33. Le respect de la confidentialité sur votre état de santé ?

😊 😊 😐 😞 Ne sais pas

34. Le respect de votre intimité ?

😊 😊 😐 😞 Ne sais pas

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Concerné Non concerné

35. Votre examen s'est déroulé de manière :

😊 😊 😐 😞

36. L'organisation des déplacements nécessaires pour les examens vous a paru :

😊 😊 😐 😞 Non concerné

37. Si vous avez attendu, les délais d'attente pour la réalisation des examens vous ont paru :

😊 😊 😐 😞 Non concerné

DOULEUR

38. Avez-vous eu besoin d'un traitement contre la douleur?

Oui Non

39. Si oui, ce traitement a-t-il été efficace?

😊 😊 😐 😞