

Date : Votre nom (facultatif) : Votre numéro de chambre :

Type d'intervention : Digestive Orthopédie Urologie Gynécologie Ophtalmologie ORL

VOS CONSULTATIONS

Avez-vous été satisfait :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Des consultations avec votre chirurgien	😊	😊	😊	😞
De la consultation avec votre anesthésiste	😊	😊	😊	😞
Des échanges avec les secrétariats médicaux	😊	😊	😊	😞
La qualité des informations données sur votre préparation préopératoire	😊	😊	😊	😞

APPEL DE LA VEILLE / PREADMISSION

Avez-vous été satisfait de :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
De l'amabilité du personnel d'accueil	😊	😊	😊	😞
De la clarté des informations fournies sur l'admission	😊	😊	😊	😞

VOTRE ACCUEIL

Avez-vous apprécié votre accueil :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
De l'amabilité du personnel d'accueil	😊	😊	😊	😞
De la qualité des informations fournies	😊	😊	😊	😞

VOTRE SEJOUR

AU BLOC OPERATOIRE :

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge:	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Par les brancardiers	😊	😊	😊	😞
En salle d'opération	😊	😊	😊	😞
En salle de réveil	😊	😊	😊	😞

EN QUA 084 c

DANS LE SERVICE AMBULATOIRE :

Avez-vous apprécié :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
L'accueil par le personnel soignant	😊	😊	😊	😞
La prise en charge de la douleur	😊	😊	😊	😞
La qualité des soins	😊	😊	😊	😞
Les informations données concernant l'organisation de la sortie	😊	😊	😊	😞

HOTELLERIE :

Que pensez-vous de :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
La quantité de la collation	😊	😊	😊	😞
La qualité de la collation	😊	😊	😊	😞
La propreté de votre chambre	😊	😊	😊	😞

EN BREF

Gardez-vous une bonne impression de votre séjour :	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
	😊	😊	😊	😞

Vos commentaires :

.....
.....

Merci de votre participation ! Ce document est à remettre au personnel lors de votre sortie ou dans la boîte aux lettres prévue à cet effet aux bureaux des entrées ambulatoire