

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le personnel de l'hôpital de Wissembourg vous sollicite pour remplir ce questionnaire. Il nous permettra de juger de votre niveau de satisfaction durant votre séjour dans notre établissement. Les réponses obtenues, vos suggestions et vos remarques nous permettront d'améliorer encore la qualité des soins et les prestations.

Merci d'avance pour le temps que vous y consacrerez.


Date : ___ / ___ / ___

Vous avez subi une intervention en :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> Gynécologie |
| <input type="checkbox"/> Stomatologie | <input type="checkbox"/> Orthopédie | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Viscéral |

LA PREPARATION DE VOTRE VENUE



 Vous avez été contacté par téléphone, la veille de votre venue ? Oui Non

 Les informations qui vous ont été données vous ont paru ?


😊	😊	😊	😞
Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE ACCUEIL AU SERVICE

 Vous êtes-vous repéré facilement dans l'hôpital pour arriver jusqu'au service ? Oui Non

	😊	😊	😊	😞
	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
 Que pensez-vous de l'accueil?				
• au bureau des admissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Que pensez-vous des délais d'attente?				
• Avant d'aller au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du retour de bloc à votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE HEBERGEMENT

 Que pensez-vous de la chambre dans laquelle vous vous êtes reposé avant votre sortie ?

	😊	😊	😊	😞
	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
• La propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	😊 Satisfaisant	😊 Plutôt satisfaisant	😐 Plutôt insatisfaisant	😞 Insatisfaisant
• La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'adaptation à votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE PERSONNEL SOIGNANT

📌 Comment estimez-vous :

	😊 Satisfaisant	😊 Plutôt satisfaisant	😐 Plutôt insatisfaisant	😞 Insatisfaisant
• L'attention du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité des soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'EQUIPE MEDICALE

	Oui	Non
🏥 Les médecins ont-ils été disponibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
🏥 Les médecins vous ont-ils informés :		
• Sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sur le déroulement de votre hospitalisation (chirurgie, anesthésie, traitement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sur votre entrée (heure d'arrivée, documents à apporter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur la préparation avant l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

	Oui	Non
🗨️ Considérez-vous que votre douleur a été :		
• Prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Evaluée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

📄 Avez-vous reçu des informations avant votre sortie ? Oui Non

Ces informations vous ont-elles parues :

• Rassurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Adaptée à votre état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Suffisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GLOBALEMENT

Comment jugez-vous votre séjour à l'hôpital ?

😊 Satisfaisant	😊 Plutôt satisfaisant	😐 Plutôt insatisfaisant	😞 Insatisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques à formuler ?

.....

.....



Nous vous invitons à déposer ce document dans l'urne mise à votre disposition au service.