

## AMBULATOIRE

Vous venez d'être hospitalisé(e) à la Clinique Saint-Joseph. Nous espérons que votre séjour s'est passé dans de bonnes conditions et que vous êtes satisfait(e) des soins que vous avez reçus.

Afin de mieux répondre à vos attentes, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire simple et rapide à compléter.

Vous pouvez le remettre lors de votre sortie au bureau des entrées et des sorties.

### Quel est votre degré de satisfaction concernant les points suivants ?

Veillez cocher la case correspondante à votre niveau de satisfaction. Si vous n'êtes pas concerné(e) par la question cochez la case Non concerné(e) (NC).

Si vous souhaitez développer votre réponse, merci de le faire en fin de questionnaire.

#### VOTRE ARRIVÉE

1. L'accueil téléphonique (amabilité, attente...)
2. L'accès à la clinique (signalisation, transport, parking...)
3. La signalisation dans la clinique

#### L'ACCUEIL ET VOTRE INFORMATION

##### Au bureau des pré-admissions

4. L'accueil et l'amabilité
5. Le délai d'attente
6. La disponibilité du personnel pour vous renseigner
7. Les explications fournies par le personnel sur l'admission
8. Les informations du livret d'accueil

##### Dans le service ambulatoire

9. L'accueil à votre arrivée dans le service
10. Le délai d'attente
11. L'identification du personnel

#### L'ÉQUIPE SOIGNANTE





12. L'information sur le déroulement des soins
13. La disponibilité du personnel soignant
14. L'attention qui vous a été portée

#### L'ÉQUIPE MÉDICALE

15. La disponibilité des médecins
16. L'information sur le suivi médical

#### VOTRE PASSAGE AU BLOC OPÉRATOIRE

17. Votre transfert au bloc
18. L'accueil, l'amabilité et l'écoute
19. La rapidité de prise en charge
20. Votre prise en charge en salle de réveil
21. La sécurité ressentie

|   | Très satisfait(e)<br> | Satisfait(e)<br> | Peu satisfait(e)<br> | Pas du tout satisfait(e)<br> | Non concerné(e)<br><b>NC</b> |
|---|--|---|---|---|------------------------------|
| 1. L'accueil téléphonique (amabilité, attente...)               | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 2. L'accès à la clinique (signalisation, transport, parking...) | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 3. La signalisation dans la clinique                            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| <b>L'ACCUEIL ET VOTRE INFORMATION</b>                           |  |   |   |   |                              |
| <b>Au bureau des pré-admissions</b>                             |  |   |   |   |                              |
| 4. L'accueil et l'amabilité                                     | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 5. Le délai d'attente   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 6. La disponibilité du personnel pour vous renseigner           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 7. Les explications fournies par le personnel sur l'admission   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 8. Les informations du livret d'accueil                         | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| <b>Dans le service ambulatoire</b>                              |  |   |   |   |                              |
| 9. L'accueil à votre arrivée dans le service                    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 10. Le délai d'attente  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 11. L'identification du personnel                               | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| <b>L'ÉQUIPE SOIGNANTE</b>                                       |  |   |   |   |                              |
| 12. L'information sur le déroulement des soins                  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 13. La disponibilité du personnel soignant                      | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 14. L'attention qui vous a été portée                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| <b>L'ÉQUIPE MÉDICALE</b>  |  |   |   |   |                              |
| 15. La disponibilité des médecins                               | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 16. L'information sur le suivi médical                          | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| <b>VOTRE PASSAGE AU BLOC OPÉRATOIRE</b>                         |  |   |   |   |                              |
| 17. Votre transfert au bloc                                     | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 18. L'accueil, l'amabilité et l'écoute                          | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 19. La rapidité de prise en charge                              | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 20. Votre prise en charge en salle de réveil                    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |
| 21. La sécurité ressentie                                       | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>        |

## LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

|  |                             |  |
|--|-----------------------------|--|
| 22. Avez-vous ressenti de la douleur ?                 | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                                  |
| 23. Si oui, quelle a été l'intensité de vos douleurs : | <input type="radio"/> Forte | <input type="radio"/> Moyenne <input type="radio"/> Légère |
| 24. Avez-vous été soulagé(e) par les médicaments ?     | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                                  |

## VOS DROITS ET VOTRE INTIMITÉ

|   |                       |                       |                       |                       | NC                    |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 25. Le respect de votre intimité                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Le respect de la confidentialité des informations échangées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## VOTRE JOURNÉE À LA CLINIQUE

|  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 27. Le confort de votre chambre              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. La propreté et l'hygiène dans le service | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Le niveau sonore                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. La collation servie                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## VOTRE SORTIE

|   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 31. Les consignes médicales reçues pour la sortie     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Votre prise en charge administrative de la sortie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Le délai d'attente                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Votre appréciation d'ensemble sur votre journée dans le service de chirurgie ambulatoire est :

excellente  bonne  mauvaise  très mauvaise

Recommanderiez-vous la clinique ?  oui  non

### Quels sont les points positifs ?

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

### Quels sont les points à améliorer ?

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

### Merci de remplir ces rubriques

Les informations ci-dessous seront utilisées pour nous aider dans l'analyse statistique de vos réponses. Elles sont strictement confidentielles.

Date : ...../...../.....

Chambre n°.....

Nom du praticien : .....

Votre nom (facultatif) : .....

Age : .....

Sexe :

Femme

Homme

### Merci du temps que vous avez bien voulu nous consacrer.

Souhaitez-vous une réponse ?  oui  non

Si oui, merci de préciser vos coordonnées (mail ou adresse postale) :

.....  
 .....