

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CHIRURGIE

VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous remercions, à l'issue de votre séjour, de prendre le temps de remplir ce questionnaire.

Votre avis est précieux pour améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients et de nos services.

Ce questionnaire est à remettre de préférence au personnel soignant. Il peut également être déposé dans la boîte aux lettres rouge prévue à cet effet au niveau des accueils, ou nous être adressé par voie postale à l'intention du « Pôle Orienté Clients Qualité ».

Il est également disponible sur le site internet de l'établissement. Vous pourrez prochainement le compléter en ligne.

Nous vous remercions de votre participation, et nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pôle Orienté Clients Qualité

Ce questionnaire étant traité par reconnaissance optique, nous vous remercions de le compléter au stylo noir ou bleu, et de ne pas dépasser les cadres prévus.

Etes-vous entré(e) en urgence : oui Non Date de sortie : //

Médecin :

Nombre de nuitées :

Spécialité chirurgicale : 1 Orthopédie, 2 Pédiatrie, 3 Urologie, 4 Vasculaire,
 5 Gynécologie, 6 Viscéral et digestif, 7 Ophtalmologie, 8 ORL,
 9 Esthétique (chir du sein), 10 Stomatologie, 13 Cardiologie, 14 Pneumologie/
thoracique, 15 Endoscopie, 16 Dermatologie.

Votre chambre était : Particulière Double N° de chambre :

Quel est votre âge : ans Votre nom et prénom (facultatif) :

Service Chirurgie :

2- HAWAI 3-MARIE-GALANTE 4- BARBADES
 9-ANTIGUA 21- SAMOS 22-TAHITI

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CHIRURGIE

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant (X) la case de votre choix.
TB = Très bien, B = Bien, P = Passable, M = Mauvais

Comment jugez-vous ?

	TB	B	P	M
L'accueil téléphonique de notre établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations pour préparer votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil principal de l'établissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le service d'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de votre arrivée dans le service.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort de votre chambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le calme dans le service de nuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention et disponibilité du personnel hôtelier : service repas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté de votre chambre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des repas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention de l'équipe de bloc opératoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe de jour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écoute et la disponibilité de l'équipe de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données par l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention réservée à vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations fournies pour votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment jugez-vous globalement notre établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment jugez-vous également ?

L'accueil en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil en imagerie médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le déplacement en brancard ou fauteuil pendant votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité et de votre personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations reçues sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :