

▶ Questionnaire de satisfaction - Chirurgie ambulatoire

**Pour nous aider à améliorer votre prise en charge au sein de notre établissement.
Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire.**

- Nom du service qui vous accueille : N°
- Votre date d'entrée :
- Votre nom (facultatif) :
- Votre adresse (facultatif) :
- Votre numéro de téléphone (facultatif) :

APPEL TELEPHONIQUE LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION

Avez-vous été contacté par une infirmière la veille de votre intervention ? OUI NON

COMMENT JUGEZ-VOUS LES POINTS SUIVANTS ?

😊😊 Très satisfaisant 😊 Satisfaisant 😐 Passable 😞 Insatisfaisant

	😊😊	😊	😐	😞
VOTRE ACCUEIL ADMINISTRATIF				
L'information avant votre entrée (jour et heure, documents à amener)				
L'accueil du personnel administratif				
L'accueil du personnel soignant				
Les délais d'attente dans les services suivants :				
- à l'accueil				
- dans la chambre				
- au bloc opératoire				
- à la sortie				
VOTRE HEBERGEMENT				
La qualité de la collation				
La quantité de la collation				
L'adaptation de la collation à votre état de santé				
La distribution de la collation				
La propreté de votre chambre				
Le confort de votre chambre				
La température de votre chambre				
La tranquillité de votre chambre				
VOS SOINS ET VOTRE INTERVENTION				
Les soins effectués par le personnel soignant				
Le respect de l'intimité pendant les soins				
L'écoute du personnel soignant face à votre douleur				
La rapidité de l'administration d'un traitement contre la douleur				
Le soulagement de votre douleur				
L'information pré opératoire (à jeun, douche, maquillage)				
L'information sur le déroulement de votre journée d'hospitalisation				
L'information sur votre sortie (soins à l'extérieur, ordonnance de médicaments, heure de sortie)				
VOTRE PRISE EN CHARGE				
Qualité globale de votre séjour				

REMARQUES, SUGGESTIONS :

Si vous avez apprécié votre séjour ou si vous avez constaté un dysfonctionnement, pouvez-vous le préciser ?

Nous vous remercions de nous avoir fait part de votre point de vue, et nous vous souhaitons un prompt rétablissement.
Vous pouvez nous remettre ce questionnaire au moment de votre sortie ou nous le renvoyer par E mail : **tivoli@clinique-tivoli.com** ou par courrier à : **Clinique TIVOLI DUCOS - Service Qualité - 220 rue Mandron - 33000 BORDEAUX**