

# ▶ 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 un soignant la veille de votre intervention ?  OUI  NON

### COMMENT JUGEZ-VOUS LES POINTS SUIVANTS ?

😊😊 Très satisfaisant    😊 Satisfaisant    😐 Passable    ☹ Insatisfaisant    😊😊    😊    😐    ☹

	😊😊	😊	😊😊	😊	😊😊
<b>VOTRE ACCUEIL ADMINISTRATIF</b>					
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					
<b>VOTRE HEBERGEMENT</b>					
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					
<b>VOS SOINS ET VOTRE INTERVENTION</b>					
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)					
<b>VOTRE PRISE EN CHARGE</b>					
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**