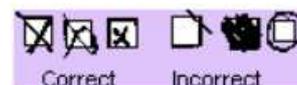




Votre opinion nous intéresse, merci de consacrer quelques instants à ce questionnaire



QUELQUES RENSEIGNEMENTS

Date de séjour

Chambre numéro :

Votre NOM, Prénom (facultatif) : _____

NOM du Chirurgien/Médecin _____

NOM du Médecin Anesthésiste : _____

AVANT VOTRE ENTREE ET A VOTRE SORTIE

Si vous avez été appelé(e) la veille de votre intervention : qualité de l'appel

Bon Moyen Mauvais

Contact téléphonique et accueil au standard

Bon Moyen Mauvais

Qualité des informations

Bon Moyen Mauvais

HOTELLERIE

Avez vous été hospitalisé dans le service

3ème Ambulatoire Autre

Si 'Autre' précisez : _____

La qualité de la collation :

Bon Moyen Mauvais

Respect de votre demande de chambre

Oui Non

Propreté, hygiène de la chambre :

Bon Moyen Mauvais

PRISE EN CHARGE MEDICALE :

Présentation, Amabilité :

Bon Moyen Mauvais

Compréhension des informations avant les actes médicaux

Bon Moyen Mauvais

Prise en charge de l'anxiété et de la douleur :

Bon Moyen Mauvais

PERSONNEL DU SERVICE DE SOINS

Présentation, amabilité :

Bon Moyen Mauvais

Respect de votre dignité et de votre intimité :

Bon Moyen Mauvais

Délai d'attente après les appels :

Bon Moyen Mauvais

Compréhension des informations sur les soins

Bon Moyen Mauvais

Prise en charge de l'anxiété et de la douleur :

Bon Moyen Mauvais

