

# Questionnaire de sortie

Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire  
Circuit Court

À DÉPOSER DANS  
LA BOÎTE AUX  
LETTRES DU  
SERVICE OU A  
L'EQUIPE AVANT  
VOTRE DÉPART

## Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,

Soucieux d'améliorer vos conditions d'accueil et de prise en charge, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire de satisfaction.  
Les résultats des enquêtes de satisfaction sont consultables dans votre service.

La direction

Date : .....



1. Quel est le <b>NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE</b> de votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Que diriez-vous des <b>DÉLAIS D'ATTENTE</b> au cours de votre séjour ?					
• Avant le départ au bloc ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avant la sortie ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diriez-vous que <b>VOTRE DOULEUR</b> a été prise en charge de manière satisfaisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estimez-vous avoir eu suffisamment d' <b>INFORMATION</b> sur votre séjour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques, des suggestions ?

.....

.....

.....

Si vous souhaitez une réponse personnalisée, merci de nous indiquer vos coordonnées :

• Nom - Prénom .....

• Adresse .....

• Téléphone ..... • Mail .....

DE/AMB/021-1 - V3 - 07/2018