

# Questionnaire de sortie

## Unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire

### 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 de l'enquête .....

N° chambre .....

#### 1. Quel est votre NIVEAU DE SATISFACTION GLOBALE sur votre séjour ?

Très satisfait       Satisfait       Assez satisfait       Peu satisfait       Pas du tout satisfait

#### 2. A votre arrivée dans le service, pensez-vous que l'ACCUEIL que vous avez reçu (amabilité, disponibilité des personnes et informations transmises) était ?

Excellent       Très bon       Bon       Mauvais       Très mauvais

#### 3. Que diriez-vous des DELAIS D'ATTENTE au cours de votre séjour ?

	Excellent	Très bon	Bon	Mauvais	Très mauvais
Avant l'entrée en chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Autre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Pensez-vous que les précautions prises par les personnes pour respecter votre INTIMITE étaient ?

Excellente       Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

#### 5. Diriez-vous que le respect de la CONFIDENTIALITE des informations vous concernant était ?

Excellent       Très bon       Bon       Mauvais       Très mauvais

#### 6. Diriez-vous que la QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE dans l'unité de soins était ?

Excellente       Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

→ Tournez, SVP

**7. Diriez-vous que VOTRE DOULEUR a été prise en charge de manière ?**

- Excellente       Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

**8. Que pensez-vous du CONFORT DE LA CHAMBRE ?**

- Excellent       Très bon       Bon       Mauvais       Très mauvais

**9. Que pensez-vous de la QUALITE DE LA COLLATION ?**

- Excellente       Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

**10. Diriez-vous que la PROPRETE DES LOCAUX était ?**

- Excellente       Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

**11. Que pensez-vous de l'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE ?**

- Excellente       Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise

**12. RECOMMANDERIEZ-VOUS l'établissement à vos proches ?**

- Certainement       Probablement       Peut être       Certainement pas

- Sexe :  Homme       Femme  
Age :  - de 15 ans       16 à 39 ans       40 à 64 ans       65 à 79 ans       + de 80 ans

Avez-vous des remarques, des suggestions ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

- Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Téléphone :  
Mail :



**CLINIQUE MUTUALISTE DE LA PORTE DE L'ORIENT**  
— GROUPE MUTUALISTE —