

Enquête de satisfaction – Hôpital de jour chirurgical

Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer, il serait très intéressant que vous nous fassiez part de votre appréciation et de vos remarques concernant votre hospitalisation de jour dans notre clinique. En consacrant un court instant à remplir ce questionnaire, vous nous aiderez grandement à améliorer le service de qualité que nous voulons offrir à tous nos patients. Veuillez nous le renvoyer au moyen de l'enveloppe timbrée ci-jointe.

En vous remerciant d'avance pour votre contribution,

*La direction de la Clinique
L'équipe de l'Hôpital de jour.*

- Age du patient : _____ ans Sexe du patient : féminin masculin

- Arrivée dans le service :
 - Jour de la semaine (ex: jeudi) : _____
 - Était-ce le jour souhaité? Oui Non
 - Délai approximatif entre la prise de rendez-vous et le jour de l'intervention : _____ jour(s)

 - Heure d'arrivée dans le service : _____ h _____ min
 - Heure prévue de l'intervention : _____ h _____ min
 - En cas de retard, heure réelle de départ en salle d'opération : _____ h _____ min

- Prise de rendez-vous :
 - Comment avez-vous pris votre rendez-vous à l'hôpital de jour ?
 - moi-même par téléphone
 - sur place, à la clinique
 - autre : _____

- Examens préopératoires :
 - Avez-vous passé des examens préopératoires avant le jour de l'intervention? Oui Non
 - Si non, pourquoi : _____
 - Si oui, environ combien de jours avant : _____ jour(s)
 - Si oui, avez-vous eu l'occasion de réaliser ces examens au cours d'une même journée ? Oui Non

- Anesthésie :
 - Avez-vous eu une consultation avec un anesthésiste avant le jour de votre intervention ? Oui Non
 - Saviez-vous à l'avance le type d'anesthésie que vous alliez recevoir lors de l'intervention ? Oui Non
 - De quelle anesthésie s'agit-il ?
 - Anesthésie locale
 - Anesthésie générale
 - Anesthésie loco-régionale (péridurale, plexus, rachi, ALRIV)

Jour de l'intervention	Très Insatisfaisant		K	Très Satisfaisant		Non Concerné
	L			J		
- Accès à la clinique (routier, parking,...)	1	2	3	4	5	NC
- Accès au service (repérage dans la clinique,...)	1	2	3	4	5	NC
- Accueil dans le service	1	2	3	4	5	NC
- Confort de la salle d'attente	1	2	3	4	5	NC
- Entretien des locaux	1	2	3	4	5	NC
- Temps d'attente avant l'installation en chambre	1	2	3	4	5	NC
- Durée du jeûne avant l'intervention	1	2	3	4	5	NC
- Confort/aspect de la chambre	1	2	3	4	5	NC
- Temps d'attente avant l'intervention	1	2	3	4	5	NC
- Information en cas de retard de l'intervention	1	2	3	4	5	NC
- Contact avec l'anesthésiste avant l'intervention	1	2	3	4	5	NC
- Contact avec le chirurgien avant l'intervention	1	2	3	4	5	NC
- Volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner le patient	1	2	3	4	5	NC
- Sentiment de sécurité suscité par l'équipe de l'hôpital de jour	1	2	3	4	5	NC
- Respect de l'intimité et de la pudeur du patient	1	2	3	4	5	NC
- Respect de l'heure d'intervention prévue	1	2	3	4	5	NC
- Passage par la salle de réveil	1	2	3	4	5	NC
- Soulagement rapide de la douleur post-opératoire	1	2	3	4	5	NC
- Facilité de se reposer après l'intervention	1	2	3	4	5	NC
- Perception de la qualité des soins médicaux	1	2	3	4	5	NC
- Communication avec le personnel infirmier	1	2	3	4	5	NC
- Perception de la qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5	NC
- Repas ou collation servie	1	2	3	4	5	NC
- Information sur le moment du départ	1	2	3	4	5	NC
- Informations fournies aux accompagnants/proches	1	2	3	4	5	NC
- Confort des accompagnants/proches (salle d'attente,...)	1	2	3	4	5	NC
- Services commerciaux (cafétéria, boutiques, distributeurs,...)	1	2	3	4	5	NC
- Courtoisie du personnel infirmier	1	2	3	4	5	NC

Avant le départ	Très Insatisfaisant		Très Satisfaisant			Non Concerné
	L	K		J		
- Informations postopératoires (pansements, médicaments, soins,...)	1	2	3	4	5	NC
- Informations relatives à l'alimentation lors du retour (nourriture/boissons)	1	2	3	4	5	NC
- Informations relatives au traitement de la douleur	1	2	3	4	5	NC
- Rencontre avec le chirurgien ou l'anesthésiste avant votre départ	1	2	3	4	5	NC

<ul style="list-style-type: none"> • Globalement, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre hospitalisation de jour dans ce service ? 	<input type="checkbox"/> Très satisfait(e) <input type="checkbox"/> Assez satisfait(e) <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Assez insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)
<ul style="list-style-type: none"> • Recommanderiez-vous cet hôpital de jour à un proche (membre de votre famille ou ami(e)) ? 	<input type="checkbox"/> Certainement <input type="checkbox"/> Probablement <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Probablement pas <input type="checkbox"/> Certainement pas
<ul style="list-style-type: none"> • Si vous deviez à nouveau subir une intervention ou passer un examen, choisiriez-vous notre clinique? 	<input type="checkbox"/> Certainement <input type="checkbox"/> Probablement <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Probablement pas <input type="checkbox"/> Certainement pas

- Remarques et/ou suggestions éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Code postal du patient : _____

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire