

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Votre avis nous intéresse !

Date : / /

Merci de remplir ce questionnaire à votre sortie de la journée d'hospitalisation.

Vous pouvez le déposer au secrétariat ou, à défaut, nous le renvoyer par courrier (adresse au dos).

SITE CONCERNÉ :

- UCA Emile Muller Mulhouse
 UCA Gynécologie Mulhouse

- UCA Thann
 UCA Altkirch

Modalités de réponse :  Très satisfaisant  Satisfaisant  Peu satisfaisant
 Pas du tout satisfaisant

Avez-vous été satisfait(e)...



DES INFORMATIONS REÇUES ?

- sur votre affection
- sur l'intervention effectuée et ses risques
- sur l'anesthésie et ses risques
- sur les précautions à observer à votre retour à domicile et à la procédure à suivre en cas de problème
- sur l'intervention effectuée et ses risques (n° de téléphone à appeler 24 h sur 24)

DE L'ACCUEIL :

- dans l'unité d'hospitalisation
- au bloc opératoire

DES SOINS MÉDICAUX :

- avez-vous pu poser les questions qui vous préoccupaient aux médecins ?
 - anesthésistes OUI NON
 - chirurgiens OUI NON
 - médecins OUI NON
- les explications données étaient-elles claires pour vous ?
 - anesthésistes OUI NON
 - chirurgiens OUI NON
 - médecins OUI NON



DES SOINS INFIRMIERS :

- en unité d'hospitalisation
- au bloc opératoire
- en salle de réveil

DES SOINS REÇUS ?

- des soins reçus pendant la journée d'hospitalisation OUI NON
- de la prise en charge de la douleur OUI NON
- du respect de votre intimité OUI NON

Si non, précisez dans quelles circonstances :

.....

Si un sujet vous préoccupait particulièrement, avez-vous pu en parler ?

Précisez éventuellement lequel :

.....

Avec qui ?

DE L'ORGANISATION DE VOTRE SORTIE ?

- avez-vous été prévenu de l'heure de votre sortie ? OUI NON
- avez-vous eu une information sur le passage d'un médecin avant votre sortie ? OUI NON
- avez-vous eu des consignes écrites pour les suites d'hospitalisation ? OUI NON
- avez-vous eu un numéro de téléphone à appeler en cas de besoin ? OUI NON

DE L'HÔTELLERIE ?

- votre hébergement OUI NON
 - collation OUI NON
 - services annexes : téléphone, télévision, boutique OUI NON
- Autres (précisez)

DANS L'ENSEMBLE, DE VOTRE HOSPITALISATION ?

- êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge ? OUI NON
- quels avantages ou inconvénients avez-vous trouvés à la chirurgie ambulatoire ? :

.....

RECOMMANDERIEZ-VOUS CE MODE D'HOSPITALISATION (AMBULATOIRE) ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS

Date : Votre âge :

Nom, prénom(s), adresse :

.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Vos observations nous permettront de progresser.