



HOSPITALISATION DE JOUR

Date :

Motif : endoscopie Chirurgie

QUESTIONNAIRE QUALITE

Merci de nous aider à améliorer la qualité de nos soins et de nos services

Avez-vous été suffisamment informé :

- sur le déroulement de cette journée ? oui non
- sur les conditions du retour à votre domicile ? oui non

Dans votre cas, auriez-vous préféré une hospitalisation ?

oui non

■ Vos suggestions :

Comment avez-vous jugé l'accueil :

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | |
| • à la réception | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comment avez-vous jugé les locaux en termes :

- | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • d'équipement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • de propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

■ Vos suggestions :

L'équipe soignante était-elle attentionnée ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'équipe médicale était-elle disponible?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comment avez-vous jugé le délai d'attente avant votre intervention ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Votre intimité a t-elle été respectée ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Votre collation (prescrite légère) était-elle

- | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • suffisante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • de qualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

■ Vos suggestions :

Facultatif :

Nom : Prénom : N° de téléphone :