

# 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.*