



# Unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoires (U.A.C.H.A.) 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.**

## SITE CONCERNÉ :

- Hôpital Emile Muller (Mulhouse)
- Hôpital du Hasenrain (Mulhouse)
- Hôpital Saint-Jacques (Thann)

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

---

## Avez-vous été satisfait(e)...

### 1. 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)

### 2. DE L'ACCUEIL :

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

### 3. 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



#### 4. DES SOINS INFIRMIERS :

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

#### 5. 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 ? .....

#### 6. 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

#### 7. DE L'HÔTELLERIE ?

- votre hébergement  Oui  Non
- collation  Oui  Non
- services annexes : téléphone, télévision, boutique  Oui  Non

Autres (précisez) .....

#### 8. 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 ? : .....  Oui  Non  
.....  
.....
- recommanderiez-vous ce mode d'hospitalisation (ambulatoire) ?  Oui  Non

#### RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS :

Date de la journée d'hospitalisation : ..... Votre âge : .....

Nom, prénom(s), adresse : .....

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

*Si vous choisissez de nous adresser ce questionnaire par écrit, l'adresse est la suivante :*