

REPAS / COLLATION



Qualité				
Présentation				
Choix				

SORTIE ADMINISTRATIVE



Accueil				
Informations données				
Temps d'attente				

MERCI DE VOS REMARQUES

Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer la prise en charge ?

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

CHIRURGIE / AMBULATOIRE

NOM : _____

Date Entrée : _____

Prénom : _____

Date Sortie : _____

Nom de la Chambre/ Box : _____

Nom du Praticien : _____

Nom de l'anesthésiste _____

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA CLINIQUE ?

Par votre médecin

Par internet

Par une relation

Vous habitez dans le quartier

Autre : _____

ENTREE ADMINISTRATIVE :



Temps d'attente				
Amabilité personnel				
Informations reçues				

PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE :



Temps d'attente				
Amabilité personnel				
Informations reçues				

L'ANESTHESISTE: LORS DE LA CONSULTATION



Informations reçues				
Disponibilité				
Amabilité				
Prise de charge				

LE CHIRURGIEN



Informations reçues				
Disponibilité				
Amabilité				
Prise de charge				

PRISE EN CHARGE AU BLOC OPERATOIRE



Brancardage				
Panseuse : IDE				
Confort				
Confidentialité				

IDENTIFICATION

Avez-vous pu bien identifier les différents membres du personnels ?

Si Oui, par quels moyens ?



Badge				
Tenue				
Présentation orale				

PRISE EN CHARGE POST OPERATOIRE



Service				
SSPI (Salle de réveil)				
Prise en charge de la douleur				
Accueil dans le service				
Disponibilité des personnes				

HOTELLERIE



Confort de la Chambre				
Confort sonore				
Equipement				

CONFIDENTIALITE - INTIMITE



Confidentialité				
Intimité				

\$