

## Enquête de satisfaction - service Ambulatoire



**Vous êtes :** Homme  Femme  En activité  Sans activité   
**Type de chambre :** Particulière  Box

**Votre avis nous fait progresser ! Merci de cocher  les cases de votre choix**

### Comment jugez-vous ?

- La clarté des informations pour préparer votre séjour .....
- Le service d'admission .....
- L'accueil lors de votre arrivée dans le service .....
- Le confort de votre chambre / box .....
- La qualité des produits servis lors des repas / collations .....
- La propreté de votre chambre / box .....
- La clarté des informations données par les médecins .....
- La prise en compte de votre douleur .....
- L'attention de l'équipe de bloc opératoire .....
- L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante .....
- La clarté des informations données par l'équipe soignante .....
- La clarté des informations fournies pour votre sortie .....

Très satisfait   
 Plutôt satisfait   
 Plutôt pas satisfait   
 Pas du tout satisfait

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

### Comment jugez-vous globalement notre établissement ?

- Votre orientation par rapport à la signalétique .....
- Le temps d'attente avant et après intervention .....

Quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10, Si vous deviez recommander notre établissement ?

..... / 10

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?



## Enquête de satisfaction - service Ambulatoire



**Vous êtes :** Homme  Femme  En activité  Sans activité   
**Type de chambre :** Particulière  Box

**Votre avis nous fait progresser ! Merci de cocher  les cases de votre choix**

### Comment jugez-vous ?

- La clarté des informations pour préparer votre séjour .....
- Le service d'admission .....
- L'accueil lors de votre arrivée dans le service .....
- Le confort de votre chambre / box .....
- La qualité des produits servis lors des repas / collations .....
- La propreté de votre chambre / box .....
- La clarté des informations données par les médecins .....
- La prise en compte de votre douleur .....
- L'attention de l'équipe de bloc opératoire .....
- L'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante .....
- La clarté des informations données par l'équipe soignante .....
- La clarté des informations fournies pour votre sortie .....

Très satisfait   
 Plutôt satisfait   
 Plutôt pas satisfait   
 Pas du tout satisfait

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

### Comment jugez-vous globalement notre établissement ?

- Votre orientation par rapport à la signalétique .....
- Le temps d'attente avant et après intervention .....

Quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10, Si vous deviez recommander notre établissement ?

..... / 10

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?