

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION AMBULATOIRE - CHIRURGIE à destination des patient.e.s

Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge au centre hospitalier de Fougères, nous souhaitons recueillir votre avis sur votre séjour pour mieux répondre à vos attentes.

Les questionnaires sont analysés de façon anonyme et les résultats sont transmis à la direction, aux responsables des services et aux représentants des usagers

Vous pouvez indiquer vos coordonnées, cela nous permettra de vous répondre si besoin.

Adresse mail : _____

Merci de faire une croix appuyée dans la case choisie (un choix par ligne).

VOTRE SEJOUR

Mois

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Janvier | <input type="checkbox"/> Avril | <input type="checkbox"/> Juillet | <input type="checkbox"/> Octobre |
| <input type="checkbox"/> Février | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Août | <input type="checkbox"/> Novembre |
| <input type="checkbox"/> Mars | <input type="checkbox"/> Juin | <input type="checkbox"/> Septembre | <input type="checkbox"/> Décembre |

Année 2026 2027 2028 2029 2030

AVANT VOTRE HOSPITALISATION

Pour quel type d'intervention venez-vous ?

- Endoscopie (Fibroscopie, Coloscopie) Chirurgie Chimiothérapie Autre

Avez-vous eu un contact téléphonique avec le service la veille de votre intervention ?

- OUI NON

Etes-vous satisfait(e) des informations données (clarté, précision) :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
sur les modalités d'entrées et de sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
par le médecin anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
par le chirurgien ou par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
par téléphone, la veille de votre hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE ACCUEIL

Etes-vous satisfait(e) de la qualité de l'accueil par les professionnels :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Non concerné
Au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le service ambulatoire ou chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En imagerie (radiologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait(e) des informations contenues dans le passeport interventionnel ?

- Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

Tournez svp

VOS SOINS

Etes-vous satisfait(e) :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	Non concerné
de l'organisation de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la qualité des soins dispensés par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prise en compte et du soulagement de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du confort de votre chambre, de la propreté, des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des repas : quantité, goûts, variété (chirurgie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la collation fournie : quantité, goûts (ambulatoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SORTIE

Etes-vous satisfait(e) :

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
de l'organisation de votre sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des informations reçues sur les soins, les traitements à poursuivre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE SATISFACTION GLOBALE

Recommanderiez-vous la prise en charge ambulatoire (- de 12 heures) ?

OUI NON Non concerné

Recommanderiez-vous la prise en charge en chirurgie?

OUI NON Non concerné

Quelle est votre satisfaction globale ?

Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelles remarques ou suggestions souhaitez-vous faire pour nous aider à nous améliorer ?