

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT Ambulatoire

Vous avez eu une intervention chirurgicale à la Clinique Val d'Ouest. Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, nous souhaitons connaître à partir de ce questionnaire qui vous est adressé, votre satisfaction relative à votre prise en charge lors de votre passage.

Nous vous remercions pour cette démarche participative qui nous permet de vous offrir une prise en charge médicale et paramédicale de qualité.

Date : ..... :..... :.....



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas satisfait.



Les informations transmises sur le déroulement de votre séjour

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
.....

**Accueil lors de votre séjour**

Qualité de l'accueil administratif

Délai d'attente

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
.....

**Les soins**

Accueil dans le service

Ecoute et disponibilité des équipes

Qualité des informations données par les équipes

Délai d'attente avant le bloc

Respect de l'intimité

Consignes pour le retour à domicile

Prise en charge de la douleur

Prise en charge par le brancardier

Pour les enfants : utilisation des voitures « P'tits doudous »

Délai d'attente avant l'entrée au bloc

Accueil au bloc

Accueil en SSPI (salle de réveil)

Prise en charge de la douleur en SSPI (salle de réveil)

Qualité des informations données par les professionnels

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
.....

**Service hôtelier**



Propreté des locaux

Qualité de la collation

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
.....

**Organisation de la sortie**

Informations données pour le retour à domicile

Qualité des documents remis

**Remarques/ Suggestions :**

.....  
.....

**Satisfaction globale**

Globalement, vous êtes

Recommanderiez-vous la clinique du Val d'Ouest à votre entourage ?

Oui  Non

Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....