

Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,

A l'issue de votre passage au sein de notre **service Ambulatoire**, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé ci-dessous.

Votre avis sera précieux pour nous aider à travailler à **l'amélioration de la qualité de nos services** à l'égard de nos patients.

A votre sortie, il vous est possible de **le remettre au responsable de service, ou dans la boîte aux lettres (située le hall d'accueil) ou de le renvoyer par courrier.**

Nous vous remercions à l'avance de votre participation, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Direction

Date d'entrée : Age du patient :

Nom, prénom du patient :
(Facultatif)

Comment jugez-vous ?

	Très bien	Bien	Passable	Mauvais
La clarté des informations données en pré-admissions				
La disponibilité du secrétariat médical lors de votre appel, la veille de votre intervention				
La disponibilité et l'écoute des praticiens				
La clarté des informations données par les praticiens				
L'accueil et l'attente aux admissions				
Les informations du Livret d'accueil Ambulatoire (non remis) <input type="checkbox"/>				
L'accueil lors de votre arrivée dans le service				
L'attente avant le bloc opératoire				
La disponibilité et l'écoute de l'équipe du bloc opératoire				
La disponibilité et l'écoute des infirmières du service				
La clarté des informations données par l'équipe soignante				
La disponibilité et l'écoute des anesthésistes				
La clarté des informations données par les anesthésistes				
La propreté et le confort de votre box, chambre				
La qualité et la quantité de votre collation				
La prise en charge de votre douleur				
Le respect de votre intimité et de votre personne				
L'attention réservée à vos proches				
Votre appréciation générale				

Si vous avez des suggestions, merci de les indiquer ici :