

Dans le but d'améliorer la qualité de nos prestations et de répondre à vos attentes, votre opinion nous intéresse. Nous vous remercions de le remettre au personnel soignant, au moment de votre sortie.

Date :N° de chambre :

Quel est votre avis ?

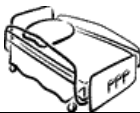

LES DELAIS D'ATTENTE DE PRISE EN CHARGE

	+ de 20 mn	20mn	10 mn	immédiate
Au service admission				
A votre arrivée au service ambulatoire				
Pour votre sortie du service ambulatoire				

Vous êtes venu(e) pour : une intervention chirurgicale un examen endoscopique autres

1 = très mécontent

10 = très satisfait

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	L'ACCUEIL (amabilité, disponibilité,..)										
	Au bureau des admissions										
	Au service ambulatoire										
	Au bloc opératoire										
	Qualité de l'information										
	Au bureau des admissions										
	Par le personnel infirmier										
Orientation											
	La signalisation interne										
	Pratiques médicales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Qualité de l'information donnée par le praticien										
	Qualité de l'information donnée par l'anesthésiste										
	La prise en charge de la douleur										
	Soins infirmiers	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Qualité des informations concernant l'organisation de votre prise en charge										
	Qualité du délai de réponse à vos appels sonnette										
	Efficacité des soins										
	Hôtellerie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Le confort de votre chambre										
	La propreté de la chambre										
	La température										
	Restauration	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	La qualité de votre collation										
	La quantité de votre collation										
	La composition de votre collation										

Vos suggestions / remarques