

CHIRURGIE AMBULATOIRE

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Ce questionnaire est transmis à la Direction du Centre Hospitalier de Hyères.
Nous vous remercions de votre précieux concours.

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> Oncologie/chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Orthopédie | <input type="checkbox"/> Sismothérapie | <input type="checkbox"/> Stomatologie |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Viscérale | <input type="checkbox"/> Autres : | |

 ADULTE

 PEDIATRIE

DROITS ET INFORMATIONS

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Remise du passeport acte au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Explication et désignation de la personne de confiance: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Explications sur le traitement et les soins | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Informations claires et suffisantes concernant les bénéfices et les risques des examens/traitements prescrits | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Demande de consentement pour les traitements et examens prescrits | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas satisfait



Non concerné

ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Qualité de l'accueil administratif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Qualité de l'accueil par les soignants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Délais d'attente au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRISE EN CHARGE

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Qualité de la prise en charge par le médecin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Qualité de la prise en charge par le personnel soignant (infirmier, aide-soignante...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prise en charge de votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Respect de votre intimité durant l'hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESTATIONS HOTELIÈRES/LOCAUX

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Propreté des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Confort des chambres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Qualité de la collation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Signalisation, repérage des lieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SORTIE

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Les informations qui vous ont été données sur : | | | | | |
| - Vos conditions de sortie (heure, mode de transport, formalités administratives) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sur le traitement et les soins à poursuivre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GLOBAL

- | | | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Appréciation globale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Recommandation du service à votre entourage | <input type="checkbox"/> Oui | | <input type="checkbox"/> Non | | |

Des observations / suggestions ?

Un espace vous est proposé au verso

OBSERVATIONS

ET

SUGGESTIONS

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !