



**Polyclinique
de la Baie**

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION HOSPITALISATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Madame, Monsieur,

Vous faites confiance à notre établissement pour votre hospitalisation et nous vous en remercions. Lors de votre séjour à la Polyclinique de la Baie, chacun d'entre nous va faire de son mieux pour vous apporter les soins et les services que vous attendez.

Pour nous améliorer, il est important que nous ayons votre avis sur la qualité de la prise en charge de votre hospitalisation. Aussi, nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre à ces quelques questions et ainsi, nous permettre de progresser, dans l'intérêt de tous.

Ce questionnaire restera confidentiel. Nous vous remercions de le remettre sous enveloppe à la secrétaire administrative lors de vos formalités de sortie ou de nous l'adresser par courrier si vous le préférez.

En vous remerciant encore de votre collaboration, les médecins, la direction et l'ensemble du personnel, vous souhaitent un prompt rétablissement.

Véronique TESSIER
Directrice Générale

NOM (facultatif) : Prénom (facultatif) :

Date de votre hospitalisation : Le / /

Tournez SVP ⇨

Merci d'indiquer votre réponse par une croix dans la case correspondante :

OUI

NON

Votre arrivée :

Avez-vous facilement trouvé la clinique ?

Avez-vous facilement trouvé une place de stationnement ?

Votre accueil a-t-il été satisfaisant ?

Avez-vous été bien accueilli(e) dans le service ?

Les informations fournies

Pensez-vous avoir été suffisamment informé(e) :

Lors de votre consultation avec le Médecin

Lors de votre consultation avec l'Anesthésiste

Pendant votre séjour par le personnel soignant

En vue de votre sortie

Votre hospitalisation

Vous avez été opéré(e), êtes vous satisfait(e) de :

Votre prise en charge

La sécurité ressentie

La prise en charge de votre douleur

Des prestations hôtelières

Du déroulement de votre séjour

L'équipe soignante

Etait-elle :

Attentionné(e)

Disponible

Efficace

OUI

NON

**D'une manière générale,
le déroulement de votre hospitalisation était-il satisfaisant ?**

Notez ci-dessous, les commentaires que vous souhaitez apporter sur votre séjour
et sur la prise en charge des soins et de la douleur :

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