

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) à la Polyclinique de Kério. Afin d'améliorer nos services, nous nous demandons de bien vouloir répondre au questionnaire de satisfaction suivant. Il sera ensuite à remettre avant votre départ au personnel du service qui vous accueille ou à nous retourner par courrier (POLYCLINIQUE DE KERIO – Kério – 56920 NOYAL-PONTIVY).

Date _____ NOM – Prénom (facultatif) _____

Ce questionnaire est rempli : par la personne hospitalisée par l'accompagnant (parent, enfant, conjoint...)

Pour mieux vous connaître

Votre sexe : Féminin Masculin
Votre âge : Moins de 10 ans De 11 à 17 ans De 18 à 40 ans
 De 41 à 60 ans De 61 à 75 ans 76 ans et plus

Votre praticien dans la clinique : _____

Vous avez subi une intervention en : Endoscopie digestive Gynécologie Ophtalmologie
 ORL Orthopédie Stomatologie
 Vasculaire Viscéral Urologie

Vous avez subi une anesthésie : Générale Locorégionale Locale Ne sait pas

Vous êtes venu(e) à la Polyclinique de Kério :

Adressé(e) par votre médecin traitant Pour la proximité avec votre domicile Pour la renommée du chirurgien qui vous a opéré Pour la renommée de la Polyclinique

Votre accompagnant est un membre :

De votre famille De votre entourage (ami, connaissance...) D'un service d'aide et d'accompagnement à domicile

Avez-vous eu des difficultés pour vous faire accompagner pour l'intervention ? Oui Non **Si oui, motif :**

Avant votre hospitalisation en Ambulatoire

Les informations délivrées par le chirurgien, lors de votre consultation, sur le mode de prise en charge et votre préparation à l'intervention ont été :

Très compréhensibles Compréhensibles Peu compréhensibles Incompréhensibles

Vos suggestions

Les informations délivrées par le médecin anesthésiste lors de la consultation ont été :

Très compréhensibles Compréhensibles Peu compréhensibles Incompréhensibles

Vos suggestions

Avez-vous reçu le livret d'accueil de la Polyclinique de Kério ? Oui Non

Votre avis sur les informations contenues dans le livret d'accueil :

Excellent Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

Lors de vos démarches administratives, les modalités d'entrée et de sortie spécifiques à une intervention en ambulatoire ont été :

Très compréhensibles Compréhensibles Peu compréhensibles Incompréhensibles

Vos suggestions

Le temps d'attente au bureau des entrées pour vos démarches administratives a été :

Inférieur à 15 min. Entre 15 et 30 min. Entre 30 et 45 min. Entre 45 min. et 1h + d'1h (_____)

Vos suggestions

Vous avez eu un contact téléphonique la veille de votre intervention : Oui Non

Si OUI, les informations délivrées par téléphone ont été :

Très compréhensibles Compréhensibles Peu compréhensibles Incompréhensibles

Si OUI, l'appel a été :

Très utile Utile Peu utile Inutile

Le jour de votre hospitalisation dans le service Ambulatoire

A votre arrivée à la Polyclinique, la signalisation pour vous rendre dans le service ambulatoire vous a paru :

Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Vos suggestions

L'accueil (amabilité, disponibilité, écoute) dans le service ambulatoire a été :

Excellent Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

Vos suggestions

Le temps d'attente avant votre prise en charge par un soignant a été :

- Inférieur à 15 min. Entre 15 et 30 min. Entre 30 et 45 min. Entre 45 min. et 1h + d'1h (_____)

Vos suggestions

Votre installation en termes de :

- | | Excellent(e) | Satisfaisant(e) | Peu satisfaisant(e) | Insatisfaisant(e) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Confort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau sonore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La collation proposée en termes de :

- | | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Qualité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quantité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Une fois prêt(e) pour l'intervention, votre temps d'attente avant votre transfert au bloc opératoire a été :

- Inférieur à 15 min. Entre 15 et 30 min. Entre 30 et 45 min. Entre 45 min. et 1h + d'1h (_____)

Vos suggestions

Si vous estimez avoir trop attendu, considérez-vous que les informations concernant les raisons de votre attente ont été :

- Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

Vos suggestions

Dans le service, la prise en charge soignante a été :

- Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Les précautions prises par le personnel pour le respect de votre intimité, de votre vie privée, de vos croyances ont été :

- Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

L'attention humaine à votre égard a été :

- Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Au bloc opératoire :

- | | Excellent(e) | Satisfaisant(e) | Peu satisfaisant(e) | Insatisfaisant(e) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre transfert au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'accueil lors de votre arrivée au bloc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La rapidité de votre prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La prise en charge médicale a été : Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

La prise en charge de la douleur

Etes-vous satisfait(e) de l'information que l'on vous a donnée pendant votre séjour concernant la prise en charge de la douleur ?

- Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

L'équipe soignante a-t-elle évalué votre douleur ? : Oui Non

Etes-vous satisfait(e) du traitement de votre douleur durant le séjour ?

- Très satisfait(e) Satisfait(e) Assez satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Les conditions de sortie après votre intervention

Le temps d'attente du médecin qui autorise votre sortie a été :

- Inférieur à 15 min. Entre 15 et 30 min. Entre 30 et 45 min. Entre 45 min. et 1h + d'1h (_____)

Vos suggestions

Ce délai d'attente vous a-t-il paru : Excellent Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant

Les informations reçues sur la conduite à tenir après votre intervention ont été :

- Excellentes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Insatisfaisantes

Vos suggestions

Vous êtes susceptible d'être appelé(e) le lendemain de votre intervention. Cet appel vous semble :

- Très utile Utile Peu utile Inutile

Votre satisfaction globale

Votre prise en charge dans le service Ambulatoire vous a parue :

- Excellente Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

Vos suggestions et remarques