

# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION AMBULATOIRE

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions, à l'issue de votre séjour, de prendre le temps de remplir ce questionnaire. Votre avis est précieux pour améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients et nos services.

Ce questionnaire peut être laissé dans votre chambre pour être récupéré par le personnel soignant, ou bien retourné dans la boîte prévue à cet effet dans le service. Vous pouvez également l'adresser à l'intention du "Service Qualité et Relation avec les Usagers" par mail ou voie postale. Ce document est également disponible sur le site internet de l'établissement.

En plus de ce questionnaire interne à notre établissement, vous recevrez par mail un second questionnaire indépendant et piloté par la HAS (Haute Autorité de Santé), dans le cadre du dispositif national "e-Satis". Ce dispositif nous permet une comparaison avec d'autres établissements de santé. Les résultats « e-Satis » sont publiés annuellement sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

En vous remerciant par avance de votre participation à ces deux enquêtes complémentaires, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

**Service Qualité et Relation avec les Usagers**

<b>Comment jugez-vous notre établissement ? (à cocher)</b>			
	<input type="checkbox"/> Très satisfait		<input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant
	<input type="checkbox"/> Plutôt pas satisfait		<input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
<b>Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche, quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?</b>			/ 10
<b>Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?</b>			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
<b>Date de votre hospitalisation en ambulatoire :</b> ___ / ___ / ___			
<b>Questionnaire rempli par :</b> Le patient <input type="checkbox"/> L'accompagnant <input type="checkbox"/> Ensemble <input type="checkbox"/>			
<b>Avez-vous reçu avant d'entrer un passeport ambulatoire ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
<b>Précisez l'Offre Bulle choisie :</b> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Confort <input type="checkbox"/> Grand Confort <input type="checkbox"/>			
<b>Circuit :</b> <input type="checkbox"/> 1.En chambre (Hawai 3 <sup>e</sup> étage) <input type="checkbox"/> 2.Ambugo <input type="checkbox"/> 3.En chambre (4 <sup>e</sup> étage) <input type="checkbox"/> 4.RAAC			
<b>Spécialité :</b>			
<input type="checkbox"/> 6.Digestive	<input type="checkbox"/> 15.Gastro entérologie	<input type="checkbox"/> 5.Gynécologie	<input type="checkbox"/> 2.Urologie
<input type="checkbox"/> 7.Ophtalmologie	<input type="checkbox"/> 1.Orthopédie	<input type="checkbox"/> 8.ORL	<input type="checkbox"/> 10.Stomatologie
<input type="checkbox"/> 4.Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> 9.Plastique/Esthétique	<input type="checkbox"/> 12.Autre	<input type="checkbox"/> 17.Apnée du sommeil

**Facultatif, vos coordonnées pour une réclamation :**

Sujet : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tel : .....

Mail : .....@.....

**Merci de votre participation – hpantony.cdu@ramsaysante.fr**