

## VOTRE AVIS NOUS FAIT PROGRESSER

Madame, Monsieur,

A l'issue de votre séjour en ambulatoire dans notre établissement, nous vous serions très reconnaissants de remplir le questionnaire qui vous est proposé.

Vos réponses seront prises en considération par la direction et l'équipe médicale ; elles nous permettent de travailler à l'amélioration de la qualité de notre service à l'égard de nos patients. N'hésitez pas à le compléter de vos remarques et suggestions, nous y porterons toute notre attention.

Vous pouvez, le laisser dans votre chambre ou le déposer dans une des boîtes aux lettres prévues à cet effet, situées dans le service ou dans le hall d'accueil de l'établissement.

Quelques jours après votre retour à domicile, il est possible que vous soyez sollicité par mail, dans le cadre d'un dispositif national «e-Satis». Cette démarche permet de recueillir votre retour sur votre «expérience patient» et votre satisfaction concernant l'hospitalisation, l'accueil, la prise en charge, l'organisation de votre sortie, etc.

En vous remerciant par avance de votre participation à ces deux enquêtes, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La Direction

<b>La raison de votre séjour est une prise en charge pour une intervention en :</b>				
<input type="checkbox"/> Digestive	<input type="checkbox"/> Gastro entérologie	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Urologie	
<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Stomatologie	
<input type="checkbox"/> Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Plastique/Esthétique	<input type="checkbox"/> Imagerie	<input type="checkbox"/> Autre	
<b>Vous êtes :</b> Un homme <input type="checkbox"/>		Une femme <input type="checkbox"/>		
<b>Vous êtes :</b> En activité <input type="checkbox"/>		Sans activité <input type="checkbox"/>		
<b>Quel est votre âge :</b> / / / / ans		<b>Quel est le code postal de votre domicile :</b> / / / / /		
Facultatif, vos coordonnées : .....				
<input type="checkbox"/> .....				
<b>Date de votre hospitalisation en ambulatoire :</b> / / / / / / 2024				
<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>				
Bulle Classic <input type="checkbox"/>		Bulle Plus <input type="checkbox"/>		
Bulle Confort <input type="checkbox"/>		Bulle Grand Confort <input type="checkbox"/>		
Non concerné <input type="checkbox"/>				

tournez la page, SVP 

Merci de nous faire part de votre appréciation en cochant  la case de votre choix



Très satisfait



Plutôt satisfait



Plutôt pas satisfait



Pas du tout satisfait

## Comment jugez-vous ?



### Avant votre hospitalisation en ambulatoire

- Les informations reçues ont facilité vos démarches administratives .....
- Les documents reçus sont suffisants, pour vous aider à vous préparer à votre intervention :  
passeport ambulatoire, préparation locale et préparations spécifiques .....
- Les contacts avec les professionnels avant l'hospitalisation (appel téléphonique ou SMS) .

### Pendant votre hospitalisation en ambulatoire

- La propreté et le confort de votre chambre / box .....
- La qualité des produits servis lors des collations .....
- La qualité des contacts avec les professionnels rencontrés (amabilité, disponibilité, écoute,  
confidentialité, respect de votre intimité, de vos droits et de vos croyances) .....
- La prise en charge par les soignants en ambulatoire .....
- Les temps d'attente avant l'intervention .....
- L'attention des professionnels au bloc opératoire .....

### L'organisation de votre sortie du service ambulatoire

- Le temps d'attente avant votre sortie .....
- Les informations sur les traitements et soins à poursuivre .....
- Une lettre de liaison détaillant votre prise en charge vous a-t-elle été remise ? .....  Oui  Non

## Globalement, votre prise en charge dans notre service ambulatoire

### Comment jugez-vous notre établissement ?



Si vous deviez recommander notre établissement à un ami/proche,  
quelle note donneriez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

/ 10

Quelle est la raison principale qui vous a conduit à mettre cette note ?

.....

.....

.....

**Vous pouvez, ici, nous faire part de vos remarques ou suggestions :**

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation  
[www.ramsaygds.fr](http://www.ramsaygds.fr)