

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre prise en charge à l'**Hôpital Privé du Val d'Yerres** se termine. Dans un souci permanent d'amélioration de nos prestations, la Direction et les Professionnels de santé vous sont reconnaissants de remplir ce questionnaire lors de votre sortie. Nous vous remercions par avance de le déposer dans la(les) boîte(s) identifiée(s) à cet effet dans le hall d'accueil ou dans le service de soins, afin de respecter la confidentialité des informations recueillies.

Nous vous remercions pour votre collaboration

Votre nom et prénom (facultatifs) : _____	Chambre _____
Date de votre hospitalisation en Ambulatoire : ___/___/___	Nom du praticien : _____
Vous a-on remis le passeport ambulatoire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

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



La clarté des documents reçus pour vous aider à vous préparer à votre intervention : passeport ambulatoire, préparation locale et préparations spécifiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La facilité de stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accès au service ambulatoire depuis l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil principal de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durant votre hospitalisation en Ambulatoire

→ L'accueil



L'accueil dans le service Ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil au bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ La prise en charge

La qualité des contacts avec les professionnels rencontrés (amabilité, disponibilité, écoute, confidentialité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le transport par le brancardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ L'attente

Le délai d'attente pour votre prise en charge à l'arrivée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai d'attente entre votre arrivée et votre passage au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ L'information

La clarté des informations sur les éventuels soins à réaliser la veille de l'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté des informations données à votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité des informations vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Confort et propreté

La propreté du service et de votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le confort et les prestations de votre chambre (coffre/TV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des produits servis lors de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre participation en tant que co-acteur de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Par quel moyen le brancardier vous a-t-il accompagné du service au bloc opératoire ? <input type="checkbox"/> En brancard <input type="checkbox"/> En fauteuil <input type="checkbox"/> A pied (*)

(*)Si à pied

La prise en charge du patient debout



Ressenti sur l'accompagnement debout au bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

→ **L'organisation de votre sortie du service**



Le temps d'attente avant votre sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations sur les traitements et soins à poursuivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une lettre de liaison détaillant votre prise en charge vous a-t-elle été remise ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		



→ **Votre appréciation générale**

Prise en charge globale en ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous des commentaires ou suggestions à apporter pour améliorer la qualité de nos prestations ?

Les questionnaires seront analysés par le service qualité, les résultats seront présentés en commission, communiqués aux professionnels et affichés dans la clinique. **BON RETABLISSEMENT.**

Autorisez-vous **Merci Docteur** à vous envoyer une enquête de satisfaction via votre mail pour le compte de l'établissement ?

NON

OUI

Si vous êtes hospitalisés, autorisez-vous l'établissement à transmettre votre mail à la **HAS** dans le cadre de l'enquête nationale E-Satis ?

NON

OUI

Si oui, Votre e-mail : _____

Fait, le _____, à _____ Signature :

Concernant **Merci Docteur** l'enquête E-Satis de la HAS, vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo.sud.groupe@almaviva-sante.com ou dpo.idf.groupe@almaviva-sante.com

Concernant **l'enquête E-Satis de la HAS**, vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo@has-sante.fr

