

Votre avis nous fait progresser

Ambulatoire

Soucieux d'améliorer la qualité des soins et de nos prestations, nous vous remercions de bien vouloir accorder quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Vos réponses sont confidentielles : elles seront analysées de façon strictement anonyme.

Le service qualité

Consignes de remplissage :

Merci de cocher vos réponses au STYLO NOIR selon votre degré de satisfaction :

 Excellent
  Bon
  Passable
  Mauvais
 NC = Non Concerné

Appel de la veille

Avez-vous été appelé la veille de l'intervention ? Oui Non

Les informations reçues étaient-elles claires ? Oui Non

Droits et information

Vous a-t-on remis le passeport ambulatoire ? Oui Non

Clarté des informations transmises concernant

- Votre séjour
- Les bénéfiques et risques de votre prise en charge
- Les tarifs de l'établissement
- Les honoraires des praticiens
- La suite de votre prise en charge (médicaments, RDV...)

Clarté des réponses à vos questions

Respect de votre intimité

Confidentialité des informations échangées

			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Accueil

Qualité de l'accueil téléphonique

Qualité de l'accueil en pré-admission

Qualité de l'accueil administratif le jour de votre entrée

Délai d'attente à l'accueil

Qualité de l'accueil dans le service de soins

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge au bloc opératoire

Non concerné

Transfert chambre ↔ bloc

Accueil au bloc opératoire (sourire, écoute du personnel)

Délai d'attente au bloc

Confort

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Prise en charge dans le service de soins

Disponibilité, écoute et gentillesse :				
- de l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des soins reçus (respect, hygiène...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de vos angoisses (<input type="checkbox"/> NC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Douleur

Avez-vous souffert lors de votre hospitalisation ? Oui Non

A quel(s) moment(s) la douleur a-t-elle été la plus forte?

Salle de réveil Dans le service de soins

Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur

Services hôteliers

Qualité de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantité de la collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfaction générale

Quelle note générale attribueriez-vous à l'établissement ?

<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Remarques et suggestions :

Information

Site : Grand-large Keraudren Pasteur Praticien :

Spécialité : Unité de médecine ambulatoire Unité de chirurgie ambulatoire

Chambre/box n° : Date de sortie : / /

Ce questionnaire est à remettre au choix :
- au personnel soignant du service,
- dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet,
- par voie postale à l'adresse suivante, en fonction du site d'hospitalisation, adressé au bureau qualité :
o Clinique de Grand-Large, 37 rue St Vincent de Paul – BP 42041 – 29220 Brest Cedex 2
o Clinique Pasteur- 32 rue Auguste Kervern - CS 82936 - 29229 Brest Cedex 2
o Polyclinique Keraudren, 375 rue Ernestine de Trémaudan – BP 62043 – 29220 Brest Cedex 2