

Date d'intervention :

Nom (facultatif) : Mail (facultatif) :

Vous venez d'avoir une intervention à la clinique Avicenne. Nous vous remercions de votre confiance. Nous souhaitons connaître votre avis, ainsi que vos remarques et suggestions afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge du patient. Merci pour votre participation.

LEGENDE :

Très satisfait Satisfait

Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait



Comment considérez-vous :

A votre arrivée	Quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
1. l'accès au service administratif au rez-de-chaussée					
2. l'accès au service de soins au 3 ^{ème} étage					
3. la signalétique des différents services					

Votre accueil	Quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
4. les modalités d'admission à la clinique					
5. l'accueil du personnel administratif					
6. l'accueil du personnel soignant					
7. la confidentialité des informations échangées					

Votre temps d'attente	Quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
8. entre votre arrivée au rez-de-chaussée et votre prise en charge administrative (<i>admission</i>)					
9. entre votre admission et votre prise en charge en service de soins (3 ^{ème} étage)					
10. entre l'arrivée dans le service de soins et votre entrée au bloc					
11. avant votre sortie définitive					

Durant votre séjour	Quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
12. l'information reçue sur votre intervention					
13. l'information reçue sur le type d'anesthésie					
14. la disponibilité du personnel soignant en service					
15. la disponibilité du personnel soignant au bloc opératoire					
16. le respect de vos valeurs culturelles					
17. le respect de vos droits (intimité, dignité...)					
18. la prise en charge de la douleur					

19. votre identité a-t-elle été demandée lors de votre passage au bloc opératoire ? oui non

Hôtellerie restauration	Quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
20. l'hygiène des locaux					
21. le bruit					
22. la température					
23. la collation					

Votre départ	Quel est votre niveau de satisfaction concernant :				
24. l'information reçue sur les conditions de sortie (<i>heure, transport, formalités administratives..</i>)					
25. l'information reçue sur le traitement et les soins à poursuivre					
26. VOTRE IMPRESSION GENERALE					

Remarques/suggestions :