

Votre avis est primordial, pensez à déposer votre  
questionnaire de satisfaction  
 dans la salle de soins lors de votre sortie du service de chirurgie ambulatoire

Accueil

Avez-vous été satisfait de :

- L'accueil
- Le délai de prise en charge

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

Soins

➤ L'équipe Médicale

Par rapport à votre intervention ou examen, avez vous été satisfait de :

- L'information
- L'écoute
- La prise en charge de votre douleur

<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"/>

➤ Equipe soignante

Avez-vous été satisfait de :

- Son attention
- Sa disponibilité

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

➤ Equipe hôtelière

Avez-vous été satisfait de :

- Son attention
- Sa disponibilité

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

Locaux

Concernant votre chambre, avez-vous été satisfait par :

- Sa propreté
- Ses équipements

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

Organisation

Concernant l'organisation, avez-vous été satisfait de :

- Du bruit
- Des informations données sur le livret d'accueil

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

Restauration

Avez-vous un régime particulier ? (si oui, lequel ?) .....

Par rapport à votre collation, avez-vous été satisfait par :

La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présentation du plateau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVIS GENERAL

Avez vous été satisfait de votre séjour à la Polyclinique de Deauville

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

IMP 033 bis

*Si vous le désirez, vous pouvez formuler vos commentaires au verso de ce formulaire*

# COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

- ACCUEIL

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- SOINS

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- LOCAUX

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- ORGANISATION

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- RESTAURATION

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- AVIS GENERAL

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nom (Facultatif): ..... Prénom: .....

Date : ..... Chambre : .....