

# CHIRURGIE AMBULATOIRE

## QUE PENSEZ-VOUS DE NOTRE CLINIQUE ?

Notre plus grand désir est de vous donner satisfaction. Vous pouvez nous aider dans ce sens.

Dites nous simplement et très franchement ce que vous pensez de notre clinique.

Tous ici, nous nous sommes efforcés d'organiser le travail du mieux possible malgré l'importance et la densité de la tâche quotidienne, mais des imperfections peuvent exister.

Nous vous en remercions vivement.

Notre meilleure récompense est votre satisfaction.

La direction.

***Merci de bien vouloir déposer ce questionnaire une fois rempli dans la boîte à lettre prévue située dans le hall d'entrée de la clinique.***

## ***Votre accueil***

1. A votre arrivée, avez-vous été satisfait de l'accueil du personnel infirmier ?  
OUI                   NON

## ***Vos soins***

2. L'équipe soignante a-t-elle écouté vos demandes ?  
OUI                   NON
3. Y-a-t-elle répondu ?  
OUI                   NON
4. A-t-elle bien renseigné votre famille ?  
OUI                   NON
5. Avez-vous souffert au cours de votre séjour ?  
OUI                   NON
6. Si oui, en avez-vous averti le personnel soignant ?  
OUI                   NON
7. A-t-on répondu à votre demande ?  
OUI                   NON

## ***Vos droits***

8. Le respect de vos droits et de votre intimité a-t-il été observé ?  
OUI                   NON

## ***Votre sortie***

9. Votre sortie vous a-t-elle parue suffisamment organisée ?  
OUI                   NON
10. Les explications sur votre convalescence ont-elles été suffisantes ?  
OUI                   NON

## ***Votre chambre***

11. En avez-vous été satisfait ?  
OUI                   NON

## ***Votre brancardage***

(Navette et/ou brancardage)

12. En avez-vous été satisfait ?  
OUI                   NON

