

# CHIRURGIE AMBULATOIRE

## VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Ce questionnaire est transmis à la Direction du Centre Hospitalier de Hyères.  
Nous vous remercions de votre précieux concours.

- |                                     |                                      |   |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> Oncologie/chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> ORL        | <input type="checkbox"/> Orthopédie  | <input type="checkbox"/> Sismothérapie            | <input type="checkbox"/> Stomatologie  |
| <input type="checkbox"/> Urologie   | <input type="checkbox"/> Viscérale   | <input type="checkbox"/> Autres : .....           |  |

 ADULTE

 PEDIATRIE

### DROITS ET INFORMATIONS

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Remise du passeport acte au bloc opératoire   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Explication et désignation de la personne de confiance:   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Explications sur le traitement et les soins   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Informations claires et suffisantes concernant les bénéfices et les risques des examens/traitements prescrits | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Demande de consentement pour les traitements et examens prescrits   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |



Très satisfait



Satisfait



Peu satisfait



Pas satisfait



Non concerné

### ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Qualité de l'accueil administratif     | <input type="checkbox"/> |
| • Qualité de l'accueil par les soignants | <input type="checkbox"/> |
| • Délais d'attente au bloc opératoire    | <input type="checkbox"/> |

### PRISE EN CHARGE

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Qualité de la prise en charge par le médecin   | <input type="checkbox"/> |
| • Qualité de la prise en charge par le personnel soignant (infirmier, aide-soignante...) | <input type="checkbox"/> |
| • Prise en charge de votre douleur   | <input type="checkbox"/> |
| • Respect de votre intimité durant l'hospitalisation                                     | <input type="checkbox"/> |

### PRESTATIONS HOTELIÈRES/LOCAUX

- |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Propreté des locaux               | <input type="checkbox"/> |
| • Confort des chambres              | <input type="checkbox"/> |
| • Qualité de la collation           | <input type="checkbox"/> |
| • Signalisation, repérage des lieux | <input type="checkbox"/> |

### SORTIE

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Les informations qui vous ont été données sur :                                 |                          |                          |                          |                          |                          |
| - Vos conditions de sortie (heure, mode de transport, formalités administratives) | <input type="checkbox"/> |
| - Sur le traitement et les soins à poursuivre                                     | <input type="checkbox"/> |

### GLOBAL

- |   |                              |                          |                              |                          |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Appréciation globale                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Recommandation du service à votre entourage | <input type="checkbox"/> Oui |                          | <input type="checkbox"/> Non |                          |                          |

Des observations / suggestions ?

Un espace vous est proposé au verso

**OBSERVATIONS**

**ET**

**SUGGESTIONS**

**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !**