



Madame, Monsieur,

**Nous sommes très attachés** à la qualité de la prise en charge et des prestations que nous vous proposons. Pour nous permettre de les améliorer en permanence, nous vous remercions de remplir ce questionnaire et de nous faire part de vos observations sur le déroulement de votre séjour.

Les médecins, l'ensemble du personnel et la Direction de la Clinique des Cèdres vous remercient de votre confiance et vous souhaitent un excellent rétablissement.

Nom (facultatif) :

N° de chambre :

Date :

Age :

Médecin :

### **AVANT VOTRE ADMISSION EN AMBULATOIRE**

Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
-----------------------	-----------	---------------	-----------------------

- Les informations du livret d'accueil
- Les consignes pré opératoires données par votre médecin
- Avez-vous reçu un SMS ou un appel téléphonique de la Clinique des Cèdres, la veille ou quelques jours avant votre admission en Ambulatoire ? OUI  NON
- Si OUI, votre avis sur cette démarche ?

### **VOTRE ACCUEIL A LA CLINIQUE**

- Les facilités d'accès à la Clinique
- Le délai d'attente à l'accueil
- L'accueil et l'orientation par les hôtesses d'accueil
- L'information sur les prestations hôtelières
- Le délai d'attente lors des formalités d'admission
- L'information sur les formalités administratives
- L'information sur les frais pouvant rester à votre charge

### **LE DEROULEMENT DE VOTRE SEJOUR**

- Le délai d'attente lors de votre arrivée dans le service
- L'accueil dans le service d'hospitalisation

### **Les soins**

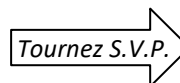
- La disponibilité et l'écoute du personnel soignant
- La disponibilité et l'écoute des médecins
- Les soins dispensés par le personnel soignant
- Les soins dispensés par les médecins
- Le respect de la confidentialité et de votre intimité

### **La prise en charge par les brancardiers**

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

### **La prise en charge au bloc opératoire**

- L'accueil au bloc opératoire
- Le délai d'attente au bloc opératoire
- La disponibilité et l'écoute du personnel



Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
-----------------------	-----------	---------------	-----------------------

### La prise en charge de la douleur

- L'information sur les modalités de prise en charge de la douleur
- La prise en charge de votre douleur en salle de réveil (au bloc opératoire)
- La prise en charge de votre douleur dans le service

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non concerné :	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de douleur :	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de douleur :	<input type="checkbox"/>

### L'information

- L'information transmise par votre médecin sur votre état de santé et sur les soins
- L'information transmise par le personnel soignant
- Les consignes de sortie

<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"/>

### Les prestations hôtelières

- Le confort de votre chambre
- L'hygiène et la propreté des locaux
- La saveur du repas/collation

<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"/>

**Partagez votre appréciation globale de votre séjour en scannant ce QR Code :**



Observations :

*Merci de remettre ce questionnaire au personnel soignant au moment de votre départ ou de le déposer dans la boîte à questionnaires du service.*

**La Haute Autorité de Santé lance une enquête nationale de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (e-Satis).** En participant à cette enquête, vous contribuerez également au calcul d'un indicateur national de satisfaction des patients.

#### Concrètement, ce que cela signifie pour vous :

- Nous vous invitons à nous transmettre votre adresse mail. Cette adresse ne sera pas communiquée à des tiers et sera exclusivement utilisée par la Clinique pour l'enquête **e-SATIS**.
- Les informations relatives à votre séjour que vous communiquerez sur le questionnaire en ligne resteront intégralement anonymes.

Participer à cette étude via internet présente un double avantage : vous répondez quand vous voulez et vous pouvez renseigner le questionnaire en plusieurs fois, pendant un délai de 12 semaines après votre sortie.

**Vous acceptez de participer à l'enquête e-SATIS ? Merci de nous communiquer votre nom et votre adresse mail**

Nom :

Prénom :

