Polyclinique du Parc DREVON

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PATIENTS
CHIRURGIE AMBULATOIRE

Groupe C2S DES CLINIQUES PROCHES DE VOUS

Nous vous remercions de nous faire part de vos appréciations sur votre séjour au sein de la clinique. Vos remarques et suggestions nous permettront d'améliorer encore plus la qualité de nos prestations.

Date à laquelle vous nous remettez votre questionnaire ➔

COMMENT JUGEZ-VOUS LES POINTS SUIVANTS ?	Très satisfait ☺☺	Satisfait ☺	Passable 😐	Insatisfait ☹
VOTRE ACCUEIL				
-au bureau des entrées	☐	☐	☐	☐
-dans le service ambulatoire	☐	☐	☐	☐
-au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐
VOTRE DELAI D'ATTENTE				
-au bureau des entrées	☐	☐	☐	☐
-dans le service ambulatoire	☐	☐	☐	☐
-au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐
-à la sortie	☐	☐	☐	☐
VOTRE INFORMATION				
-sur votre entrée et votre séjour	☐	☐	☐	☐
-sur votre sortie (ordonnance, soins à domicile, heure, transfert)	☐	☐	☐	☐
VOTRE PRISE EN CHARGE				
-infirmière / aide-soignante	☐	☐	☐	☐
-anesthésique	☐	☐	☐	☐
-chirurgicale	☐	☐	☐	☐
-autre intervenant (kiné, psychologue, diététicienne, assistante sociale)	☐	☐	☐	☐
VOTRE SEJOUR				
Le soulagement de votre douleur	☐	☐	☐	☐
Le respect de votre intimité	☐	☐	☐	☐
Le respect de votre tranquillité	☐	☐	☐	☐
Le respect de la confidentialité	☐	☐	☐	☐
La qualité de la collation	☐	☐	☐	☐
La quantité de la collation	☐	☐	☐	☐
La propreté et le linge de votre chambre	☐	☐	☐	☐
Le confort de votre chambre (équipement, température)	☐	☐	☐	☐

Réponses facultatives

Chambre n° : Dates du séjour : du au

NOM & Prénom :

VOS REMARQUES OU SUGGESTIONS

Si vous avez apprécié votre séjour ou si vous avez constaté un dysfonctionnement, pouvez-vous le préciser ?

Ce questionnaire est à déposer dans la boîte à lettre près de l'ascenseur ou à remettre à l'équipe soignante ou à faire parvenir par courrier à l'adresse suivante : Direction - Polyclinique du Parc Drevon - 18 cours Général de Gaulle - CS 17626 - 21076 DIJON Cedex

EN-2017-0991-003