

Pour améliorer votre prise en charge, nous avons besoin de connaître votre avis sur votre séjour (ou le séjour de votre enfant ou parent) dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Merci de répondre sincèrement aux questions suivantes en cochant la case correspondant le plus à ce que vous pensez. Glissez ensuite le questionnaire dans la boîte qui lui est réservée dans le service, ou envoyez-le par la poste à l'aide de l'enveloppe mise à votre disposition.

I - Votre intervention chirurgicale

Date de votre hospitalisation

J J M M A A
□ □ / □ □ / □ □

Type d'anesthésie : Locale(AL) Générale(AG) loco-régionale(ALR)

Type d'intervention chirurgicale : _____

II - Les informations avant votre hospitalisation

Avant votre hospitalisation, avez-vous reçu suffisamment d'informations ...

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sur les consignes avant votre hospitalisation (douche, être à jeun, documents à apporter) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sur le déroulement de votre journée d'hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sur votre sortie ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

III - Votre prise en charge

Que pensez-vous de la prise en charge par l'équipe soignante ?

	Très satisfait(e)	Plutôt Satisfait	Un peu mécontent	Très mécontent
<input checked="" type="checkbox"/> L'accueil à votre arrivée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> La discrétion (bruit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> La disponibilité pour répondre à vos questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous de la prise en charge par l'équipe médicale ?

	Très satisfait(e)	Plutôt Satisfait	Un peu mécontent	Très mécontent
<input checked="" type="checkbox"/> La disponibilité pour répondre à vos questions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> La clarté dans les explications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Le respect de votre intimité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous des délais d'attente ?

	Très satisfait(e)	Plutôt Satisfait	Un peu mécontent	Très mécontent
<input checked="" type="checkbox"/> A votre arrivée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dans la chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Au bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> A la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV - Le confort

Que pensez-vous des conditions de votre séjour ?

	Très satisfait(e)	Plutôt Satisfait	Un peu mécontent	Très mécontent
<input checked="" type="checkbox"/> Confort de la chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Propreté de la chambre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquillité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Goûter / collation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V – La douleur

Avez-vous ressenti des douleurs ? <u>Si oui</u> , à quel moment et comment?	Un peu	Beaucoup	Pas du tout
<input checked="" type="checkbox"/> Au bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> En salle de réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dans le service de chirurgie ambulatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez ressenti des douleurs, ont-elles été soulagées ?	Un peu	Beaucoup	Pas du tout
<input checked="" type="checkbox"/> Au bloc opératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> En salle de réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dans le service de chirurgie ambulatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI – La préparation de votre sortie

Avez-vous reçu suffisamment de consignes médicales pour votre sortie concernant :	Très satisfait(e)	Plutôt Satisfait	Un peu mécontent	Très mécontent
<input checked="" type="checkbox"/> Les traitements à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Les soins à poursuivre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Les prochains rendez-vous et votre suivi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> La conduite à tenir en cas de complications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII – En conclusion ...

<input checked="" type="checkbox"/> Quelle note de 0 à 10, attribueriez-vous sur la qualité globale de votre séjour ?	<input type="text" value=""/>	sur	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Si c'était à refaire reviendriez-vous dans ce service ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseilleriez-vous à vos proches, une prise en charge en chirurgie ambulatoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Pour résumer, si vous considérez que ce service doit progresser dans certains domaines, veuillez les indiquer en cochant les cases concernées.

Avant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> les consignes pour le séjour	<input type="checkbox"/> les infos sur le déroulement du séjour	<input type="checkbox"/> les conditions de la sortie	
Les soignants	<input type="checkbox"/> l'accueil	<input type="checkbox"/> votre installation	<input type="checkbox"/> le respect de l'intimité	<input type="checkbox"/> leur disponibilité pour répondre aux questions
Les médecins	<input type="checkbox"/> la disponibilité pour répondre aux questions	<input type="checkbox"/> La clarté dans les explications	<input type="checkbox"/> le respect de l'intimité	
Les temps d'attente	<input type="checkbox"/> A l'arrivée	<input type="checkbox"/> Dans la chambre	<input type="checkbox"/> Au bloc opératoire ou dans la salle de réveil	<input type="checkbox"/> A la sortie
Le confort	<input type="checkbox"/> La chambre (confort, propreté)		<input type="checkbox"/> Le goûter / collation	<input type="checkbox"/> Le calme
La douleur	<input type="checkbox"/> Au bloc opératoire	<input type="checkbox"/> En salle de réveil	<input type="checkbox"/> Dans l'unité de chirurgie ambulatoire	
La préparation de votre sortie	<input type="checkbox"/> Les traitements à prendre	<input type="checkbox"/> Les soins à poursuivre	<input type="checkbox"/> les prochains rendez-vous et le suivi	<input type="checkbox"/> que faire en cas de complications

Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

Données facultatives : **Nom** : **Prénom** :

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement

Ce questionnaire téléphonique, destiné aux patients opérés sous AG / ALR, est réalisé par l'IDE le lendemain de l'intervention.

Étiquette du patient

<input checked="" type="checkbox"/> N° de téléphone	<input checked="" type="checkbox"/> Dates et heures d'appel	NR
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Identification de l'appelant	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> Nom / Prénom : Signature 	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

A votre retour au domicile		OUI	NON
1	Vous êtes vous senti(e) en sécurité lors de votre hospitalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vous êtes vous senti(e) faible au moment de votre départ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu des nausées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu des vomissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Avez-vous eu de la fièvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous eu mal au niveau de la zone opérée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	La prescription de médicaments contre la douleur pour votre retour à domicile, a-t-elle été suffisante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous êtes-vous senti(e) en sécurité à votre domicile lors des 24 premières heures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Avez-vous eu besoin d'appeler votre médecin traitant ou les urgences ? Si oui , pourquoi : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Pensez-vous avoir eu assez de conseils et d'informations pour votre retour à domicile ? Si non , pourquoi : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Etes-vous satisfait(e) de votre séjour à l'UCA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou des suggestions ?