

Votre date d'intervention :

Sexe :  Féminin  Masculin

## Quelle est la spécialité chirurgicale pour laquelle vous êtes venu(e) ?

- |  |  |                                     |   |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pédiatrique | <input type="checkbox"/> Dermatologie  | <input type="checkbox"/> Esthétique | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie           | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | <input type="checkbox"/> O.R.L.     | <input type="checkbox"/> Stomatologie       |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire            | <input type="checkbox"/> Urologie      |                                     |   |

## Satisfaction globale sur votre séjour

Quelle évaluation correspond à votre séjour en ambulatoire ?










## Satisfaction concernant l'accueil qui vous a été réservé à la clinique

L'accueil au bureau des admissions










L'accueil dans le service de soins





L'accueil au bloc opératoire





## Les Soins et Relations

Qualité de la prise en charge du médecin










Qualité des soins infirmiers





Qualité de la relation avec les soignants et médecins





Respect de votre intimité





Respect de la confidentialité





## Les conditions de votre séjour

L'équipement et le confort de la chambre










L'hygiène et la propreté des locaux





Qualité de votre collation





Confort et composition de votre tenue





Suite au Verso -->



### Prise en charge de la douleur

OUI  NON

Avez-vous eu mal après votre intervention ?

#### Traitement de la douleur



Si vous avez eu mal, le traitement donné vous a-t-il soulagé ?

#### Satisfaction sur l'Information



Information donnée par l'équipe administrative

Information donnée par les médecins

Information donnée par l'équipe soignante

Information donnée à votre entourage

Information sur les modalités de sortie en ambulatoire

Information sur les médicaments prescrits avant l'intervention

Information sur le traitement de la douleur post-opératoire

#### Expérience Patient



Avez-vous eu une prise en charge empathique (disponibilité, serviabilité et respect) durant votre séjour ?

Vous êtes-vous senti(e) en sécurité tout au long de votre séjour ?

Avons-nous répondu aux éventuelles difficultés liées à votre prise en charge ?

#### Recommanderiez-vous la Clinique du Grand Avignon à vos proches et votre entourage ?

OUI

NON

#### Avez-vous des suggestions qui nous permettraient d'améliorer la qualité de nos services ?

**Nous vous remercions d'avoir contribué par vos réponses, à notre volonté d'améliorer la Qualité de la prise en charge des patients au sein de la Clinique du Grand Avignon**

