



**ENQUETE  
DE SATISFACTION  
SERVICE  
AMBULATOIRE**

**Votre avis est précieux !** Il contribuera à améliorer la qualité de nos services. Nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet ou de nous le faire parvenir par courrier.

Deux semaines après votre sortie vous allez recevoir un e-mail (sur l'adresse que vous nous avez communiqué à votre admission) pour accéder au **questionnaire E-SATIS** envoyé par la **Haute Autorité de Santé (HAS)**.

Il est important de remplir ce questionnaire également. Les résultats sont diffusés publiquement accessibles à tous. Ils permettent de situer les établissements les uns par rapport aux autres et ils sont pris en compte dans le niveau de certification de l'établissement.

Avez-vous été contacté 24H avant votre admission ?  OUI  NON

## 1 LE SERVICE D'ACCUEIL

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Facilité d'accès au service	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'accueil à la réception	<input type="checkbox"/>				
Aspects des locaux (salle d'attente)	<input type="checkbox"/>				
Délai d'attente à la réception lors de l'admission	<input type="checkbox"/>				
Informations et explications transmises par la réception lors de votre admission	<input type="checkbox"/>				
Rapidité de prise en charge par le service de soins	<input type="checkbox"/>				

### REMARQUES

---



---

## 2 LES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Qualité de l'accueil dans le service de soins	<input type="checkbox"/>				
Appréciation des soins et actes infirmiers	<input type="checkbox"/>				
Attention humaine et disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>				
Soins contre la douleur	<input type="checkbox"/>				
Respect de l'intimité	<input type="checkbox"/>				
Réponses aux questions, aux demandes et explications apportées	<input type="checkbox"/>				
Informations transmises sur les examens ou l'intervention chirurgicale s'il y a lieu dont vous avez bénéficié	<input type="checkbox"/>				
Informations sur les soins à pratiquer de retour à votre domicile	<input type="checkbox"/>				

### REMARQUES

---



---



---



### 3 LE SERVICE HOTELIER

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Aspect et confort des locaux de soins	<input type="checkbox"/>				
Propreté des locaux	<input type="checkbox"/>				
Propreté des sanitaires	<input type="checkbox"/>				
Qualité de votre collation (si vous êtes concerné)	<input type="checkbox"/>				

#### REMARQUES

---

---

---

### 4 LA SORTIE

Avez-vous reçu des documents de sortie :  OUI  NON

Avez-vous vu les médecins avant votre sortie :  OUI  NON

#### REMARQUES

---

---

---

### OPTIONS - RECOMMANDATIONS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
Globalement vous êtes :	<input type="checkbox"/>				

#### REMARQUES OU SUGGESTIONS :

---

---

---

Recommanderiez-vous la clinique à une personne pour une intervention :  OUI  NON

Si non, pourquoi :

---

---

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez apporté à notre enquête. Si vous le désirez, vous pouvez nous laisser vos coordonnées :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**On compte sur vous pour l'enquête E-SATIS !**

Si vous n'avez pas donné d'adresse mail lors de votre admission vous pourrez nous la communiquer lors de votre sortie.

