|  |
| --- |
|  |

MON RESSENTI GLOBAL

1. Quelle est ma date d'intervention ?

|  |
| --- |
|  |

2. J'ai particulièrement apprécié :

|  |
| --- |
|  |

3. Il m'a manqué :

|  |
| --- |
|  |

4. Quelle est votre satisfaction globale sur notre établissement ? \*¹

☐ Très satifaite ☐ Satisfaite ☐ Peu satisfaite ☐ Pas du tout satisfaite



*Commentez votre réponse*

|  |
| --- |
|  |

5. Je me suis sentie écoutée et comprise \*¹

☐ Tout à fait ☐ Pas toujours ☐ Insuffisamment ☐ Pas du tout



6. J'ai été informée : \*¹

☐ Chaque fois que nécessaire et sans le demander ☐ En réponse à mes questions ☐ Incomplètement ☐ Pas du tout



7. Je me suis sentie respectée : \*¹

☐ A tout moment ☐ La plupart du temps ☐ Parfois ☐ Jamais



8. M'a t-on demandé mon consentement à toutes les étapes de mon parcours ? \*¹

☐ OUI ☐ NON



*Commentez votre réponse*

|  |
| --- |
|  |

9. Quel est mon service d'origine ? \*¹

☐ AMP (PMA) ☐ Centre de santé sexuelle (Anciennement : Planning familial) ☐ Chirurgie gynécologique

MON RESSENTI ETAPE PAR ETAPE

10. Avant l'intervention \*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Très satisfaite | Satisfaite | Peu satisfaite | Pas du tout satisfaite |
| Les démarches administratives ( prise de rendez-vous, facturation, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| L'accueil lors de mes consultations | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La disponibilité et la qualité des informations lors de ma consultation médicale | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La disponibilité et la qualité des informations lors de ma consultation d'anesthésie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Commentez votre réponse*

|  |
| --- |
|  |

11. Mon hospitalisation en ambulatoire \*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Très satisfaite | Satisfaite | Peu satisfaite | Pas du tout satisfaite |
| L'accueil | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La disponibilité et l'écoute du personnel soignant | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Le respect de mon intimité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La prise en charge de ma douleur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La préparation de ma sortie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Les informations médicales communiquées lors de la sortie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Commentez votre réponse*

|  |
| --- |
|  |

12. Ma prise en charge au bloc opératoire \*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Très satisfaite | Satisfaite | Peu satisfaite | Pas du tout satisfaite |
| L'accueil | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La qualité et l'écoute du personnel soignant | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Le respect de mon intimité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ma prise en charge en salle de réveil | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Commentez votre réponse*

|  |
| --- |
|  |

13. Les prestations hotelières \*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Très satisfaite | Satisfaite | Peu satisfaite | Pas du tout satisfaite |
| Le confort des locaux | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La propreté des locaux | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| La qualité de la collation | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Commentez votre réponse*

|  |
| --- |
|  |

14. Quelles sont vos suggestions pour nous aider à nous améliorer ?

|  |
| --- |
|  |

*\* : La réponse est obligatoire.*

*¹: Ne cocher qu'une seule option.*