

Enquête de satisfaction à l'Hôpital de Jour

Site de WARQUIGNIES



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les circonstances vous ont amené(e) à être admis(e) dans notre service d'hôpital de jour. Il est essentiel pour nous de connaître votre appréciation au terme de votre passage dans cette unité, en vue d'améliorer la qualité de nos services. Nous vous serions donc très reconnaissants de bien vouloir répondre à cette enquête.

Ce questionnaire est anonyme, il n'est donc pas nécessaire, sauf si vous le souhaitez, d'indiquer votre nom. Merci de le remettre dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. Nous vous remercions pour votre aide précieuse.

- Ce questionnaire est complété par : le/la patient(e) un proche du patient les deux ensemble
- Age du patient : _____ ans Sexe du patient : féminin masculin Code postal du patient : _____
- Jour du traitement ou de l'intervention : lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi
- Délai approximatif entre la prise de rendez-vous et le jour du traitement / de l'intervention : Jour(s)
Ce délai vous paraît-il raisonnable ? Oui Non Pas concerné(e)
- Comment avez-vous pris rendez-vous à l'hôpital de jour ?
 - Le médecin spécialiste a fait la réservation pour vous
 - Un proche l'a fait pour vous
 - Autre :
 - Vous-même (le patient) par téléphone
 - Vous-même (le patient) sur place à l'hôpital
- Pourquoi avez-vous choisi cet hôpital de jour ? (Vous pouvez donner **plusieurs réponses** à cette question) :
 - Suite au conseil de votre médecin traitant
 - Pour la réputation de l'hôpital
 - Pour la réputation du service
 - Pour la réputation d'un médecin spécialiste
 - Par satisfaction liée à une prise en charge antérieure
 - Suite à une consultation / hospitalisation ici
 - Pour la proximité de l'hôpital
 - Par habitude
 - Dans le cadre de mon traitement
 - Suite au conseil d'un proche
 - Par facilités financières
 - Autre :
- Quel type de chambre avez-vous occupé ?
 - Chambre particulière à 1 lit
 - Chambre à 2 lits
 - Salle avec fauteuils
 - Autre :Etait-ce le type de chambre souhaité ? Oui Non Pas émis de souhait
- Vous êtes venu(e) dans cet hôpital de jour pour :

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Une intervention chirurgicale (opération) Savez-vous de quelle nature ? | |
| <input type="checkbox"/> Orthopédie | <input type="checkbox"/> Vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologie (yeux) | <input type="checkbox"/> Gastroscopie/colonoscopie |
| <input type="checkbox"/> ORL (nez, gorge, oreille) | <input type="checkbox"/> Gynécologie |
| <input type="checkbox"/> Stomatologie (dents) | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Digestive/abdominale | <input type="checkbox"/> Port-à-cath |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie plastique | <input type="checkbox"/> Autre : |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Un traitement médical ou un examen Savez-vous de quelle nature ? |
| <input type="checkbox"/> Gastroentérologie |
| <input type="checkbox"/> Oncologie / Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Transfusion / Hématologie |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Autre : |
- Etes-vous arrivé(e) à l'hôpital : seul(e) accompagné(e)
Repartez-vous après votre hospitalisation de jour : seul(e) accompagné(e)
- **Expérience antérieure** :
 - Est-ce la première fois que vous êtes hospitalisé(e) dans cet hôpital de jour ? Oui Non
 - En cas de traitement médical, vous vous y rendez : Max 1x par mois 2 à 5 x par mois Plus de 5x par mois
- **ANESTHESIE – En cas d'opération chirurgicale** uniquement (sinon, passez à la page suivante) :
 - Avez-vous eu une consultation avec un anesthésiste avant le jour de votre intervention ? Oui Non
 - Saviez-vous à l'avance le type d'anesthésie que vous alliez recevoir lors de l'intervention ? Oui Non
 - De quelle anesthésie s'agit-il ? Anesthésie générale Anesthésie locale Ne sais pas

- En cas de traitement personnel médicamenteux, l'avez-vous revu avec l'anesthésiste et/ou le médecin en vue de l'intervention ? Oui Non Pas concerné(e)

Par rapport à votre passage à l'hôpital de jour, nous vous demandons d'apprécier chaque proposition sur une échelle de 1 à 5 (1 = très insatisfait à 5 = très satisfait). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer la lettre NC (= Non Concerné).

| AVANT : Période préhospitalisation ou préopératoire | Très insatisfait | | Très satisfait | | Non concerné | |
|--|------------------|---|----------------|---|--------------|----|
| | ☹ | ☺ | ☺ | ☹ | | |
| Facilité de prise de rendez-vous | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Contact lors de la prise de rendez-vous | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations sur les modalités administratives (date, heure, lieu, documents à emporter,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations sur les précautions à suivre pour le traitement ou pour l'intervention (être à jeun, médicaments à prendre ou à arrêter, précautions d'hygiène,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations sur les modalités financières | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations sur le déroulement de la journée | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations sur la nature du traitement ou de l'intervention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations sur les effets secondaires / postopératoires prévisibles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations sur les modalités de votre retour à domicile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Sentiment de sécurité suscité préalablement par l'équipe de l'hôpital de jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| En cas d'intervention chirurgicale uniquement – Avant le jour de l'intervention : | | | | | | |
| - Consultation préopératoire avec le chirurgien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Consultation préopératoire avec l'anesthésiste | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Consultation préopératoire avec l'infirmier/ infirmière | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |

- Au jour du traitement ou de l'intervention, êtes-vous en situation de mobilité réduite ? Oui Non

| PENDANT : Jour du traitement ou de l'intervention | Très insatisfait | | Très satisfait | | Non concerné | |
|--|------------------|---|----------------|---|--------------|----|
| | ☹ | ☺ | ☺ | ☹ | | |
| Accès à l'hôpital (routier, parking,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Accès au service (repérage et orientation dans l'hôpital,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Accueil dans le service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Confort et aspect de la salle d'attente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Temps d'attente avant la prise en charge par un soignant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Estimation du temps d'attente entre l'heure programmée du rendez-vous et le début de la prise en charge : <input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> < 15 min <input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> Plus d'1h | | | | | | |
| Information en cas de retard | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Accueil et soutien des bénévoles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Respect de l'intimité et de la pudeur du patient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner le patient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Attention portée à soulager votre douleur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Prise en charge des éventuels effets secondaires ou postopératoires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Perception de la qualité des soins médicaux / chirurgicaux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Communication avec le personnel médical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Perception de la qualité des soins infirmiers | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Communication avec le personnel infirmier | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Facilité de se reposer après le traitement ou l'intervention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|---|---|---|----------------------------|--------------|
| Prise en charge par le personnel paramédical (kiné, psychologue, diététicien,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations fournies aux accompagnants / proches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| PENDANT : Jour du traitement ou de l'intervention | Très insatisfait ☹ | | ☺ | | Très satisfait ☺ | Non concerné |
| Confort des accompagnants / proches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Services commerciaux à disposition (cafétéria, boutiques, distributeurs,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Confort et équipement de la chambre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Repas ou collation servie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Courtoisie du personnel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Information sur le moment du départ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Sentiment que les informations concernant le patient restent bien confidentielles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Sentiment de sécurité suscité par l'équipe de l'hôpital de jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |

| En cas d'intervention chirurgicale uniquement lors de cette hospitalisation – Passage au bloc opératoire : | Très insatisfait ☹ | | ☺ | | Très satisfait ☺ | Non concerné |
|---|------------------------------|---|---|---|----------------------------|--------------|
| - Transport vers le bloc opératoire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Accueil au bloc opératoire par le personnel infirmier | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Temps d'attente avant l'entrée en salle d'opération | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Conditions de l'attente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Respect de l'intimité et de la pudeur du patient au bloc opératoire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Contact avec le chirurgien au bloc opératoire avant l'intervention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Contact avec l'anesthésiste au bloc opératoire avant l'intervention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Contact avec l'infirmier / infirmière au bloc opératoire avant l'intervention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Attention portée à votre confort avant l'intervention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Passage par la salle de réveil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Soulagement de la douleur postopératoire en salle de réveil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| - Sentiment de sécurité suscité par l'équipe du bloc opératoire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |

- En cas d'intervention chirurgicale, avez-vous eu l'anesthésie prévue ? Oui Non Ne sais pas
- Avant votre départ de l'hôpital, vous avez rencontré : le médecin ou chirurgien l'anesthésiste l'assistant (plusieurs réponses possibles) l'infirmier/infirmière ne sais pas autre :

| APRES : Pour le retour à domicile (pour tous les patients) | Très insatisfait ☹ | | ☺ | | Très satisfait ☺ | Non concerné |
|---|------------------------------|---|---|---|----------------------------|--------------|
| Informations post-traitement ou postopératoires (pansements, médicaments, soins, précautions spécifiques à prendre, certificat médical,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations relatives à l'alimentation lors du retour (nourriture / boissons) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations relatives au traitement de la douleur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Informations relatives aux effets secondaires du traitement ou de l'intervention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Contact avec le personnel médical ou soignant avant votre départ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Organisation d'éventuels rendez-vous de suivi de traitement ou postopératoire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |
| Temps d'attente avant l'autorisation de sortie de l'hôpital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NC |

Estimation du temps d'attente entre la fin de la prise en charge et l'autorisation de sortie :

Immédiatement

< 30 min

< 1h

< 2h

Plus de 2h

- Comment ressentez-vous votre départ de l'hôpital ? Trop précoce Au bon moment Trop tardif

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire !